

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA



**ELABORAÇÃO DA ANSIEDADE NAS RESPOSTAS À PROVA PROJECTIVA
“ERA UMA VEZ...” EM CRIANÇAS COM PERTURBAÇÃO DE
COMPORTAMENTO, PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE E PERTURBAÇÃO
DEPRESSIVA**

Ana Rita Gato Romão

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica

2013

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA



**ELABORAÇÃO DA ANSIEDADE NAS RESPOSTAS À PROVA PROJECTIVA
“ERA UMA VEZ...” EM CRIANÇAS COM PERTURBAÇÃO DE
COMPORTAMENTO, PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE E PERTURBAÇÃO
DEPRESSIVA**

Ana Rita Gato Romão

Dissertação Orientada pelo Prof. Doutor Bruno Gonçalves

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica

2013

Agradecimentos

Agora, mais do que nunca, posso afirmar que o caminho não se faz sozinho; apenas se constrói se, do nosso lado, estiver alguém que nos dê a mão e caminhe connosco. E muitas foram as pessoas que caminharam comigo...

Agradeço ao Professor Doutor Bruno Gonçalves, meu orientador, pela disponibilidade e paciência que teve ao longo deste tempo.

À Professora Doutora Teresa Fagulha, pelos conhecimentos transmitidos, pelo carinho e atenção sempre presentes.

Ao Professor Doutor João Justo, pelos óptimos conselhos e palavra amiga que fizeram parte desta jornada.

Às Doutoras Alexandra Pires, Hermínia Carvalho, Filipa Santos e Alda Morgado, Psicólogas dos Centros de Saúde que colaboraram no presente trabalho, pelo esforço incansável na recolha da amostra. Foram uma ajuda preciosa!

Aos colegas de Faculdade que caminharam ao meu lado durante grande parte desta viagem. Obrigada pelo apoio, pela ajuda, pelos risos, pelas histórias partilhadas e por me ouvirem e aconselharem nos momentos mais críticos.

Agradeço também aos meus amigos que acompanharam o meu percurso académico e pessoal, por terem sempre acreditado em mim, não só durante esta caminhada, mas também durante toda a vida, pela preocupação e compreensão ao longo deste tempo, pelo carinho, apoio e momentos de descontração.

Ao João pelo Amor, paciência e cumplicidade. Pelos sorrisos, histórias e segredos partilhados a cada dia.

Aos tios, primos e avós que sempre me apoiaram e acreditaram que um dia chegaria aqui.

Ao meu irmão, pela confiança, esperança, incentivo e pelas conversas e momentos insubstituíveis.

À minha mãe, por ser o meu pilar, o meu porto-seguro. Pela confiança que sempre depositou em mim.

Ao meu pai, pelos risos que me rouba e pela ternura das chegadas e despedidas que também fizeram parte desta jornada. Pela boa disposição com que alegra os meus dias, em *casa*.

Muito obrigada a todos!

Sem vocês não seria possível...

Resumo

A “Era uma vez...” (Fagulha, 1992) é uma prova projectiva de completamento de histórias com o objectivo de explorar o mundo interno das crianças. Após mais de 20 anos de estudos e utilização clínica, a prova foi objecto de algumas reformulações e ampliação. Aos sete Cartões existentes – abordando temáticas referentes a situações ansiogéneas e prazerosas – foram adicionados dois novos Cartões – um que aborda a temática da interiorização das normas parentais e outro a rivalidade fraterna (Santos, 2011). Esta versão recente carece de novos estudos, nomeadamente utilizando amostras clínicas, que contribuam para confirmar a sua validade. Assim, o presente estudo visa comparar as respostas de um grupo clínico (N=20) constituído por crianças acompanhadas em consulta psicológica por alterações de comportamento, perturbação de ansiedade ou perturbação depressiva com as respostas de um grupo de controlo constituído por crianças sem perturbação psicológica identificada (N=20). As idades variaram entre os 7 e 10 anos. A todos os participantes foi aplicada, para além da prova “Era uma vez...”, os Inventários de M. Rutter para professores (Rutter, 1967) e para pais (Rutter, 1970), a CES-DC (Martins, 2005) e a Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças (Fonseca, 1992). Os resultados revelam um número importante de diferenças significativas na comparação das respostas do grupo clínico e do grupo controlo. Quando o grupo clínico é subdividido de acordo com o tipo de perturbação, quer os subgrupos sejam organizados por critério clínico, ou a partir dos resultados dos outros instrumentos aplicados, as diferenças surgem em menor número, mas vão no mesmo sentido, e são consonantes com o esperado de acordo com as características desses grupos. O número mais limitado da amostra nesses subgrupos, bem como a comorbilidade nas perturbações consideradas contribui para a diminuição das diferenças na comparação com o grupo de controlo.

Palavras-Chave: Prova Projectiva “Era uma vez...”; Estratégias de Elaboração da Ansiedade; Perturbações de Comportamento; Perturbações de Ansiedade; Perturbações Depressivas

Abstract

The “Once upon a time...” test (Fagulha, 1992) is a projective technique of completing stories for children with the aim of exploring the inner world of children. After more than 20 years of studies and clinical use, the test was subject to some adjustments and expansion. To the seven cards available – addressing issues relating to situations of anxiety and pleasure - two new cards were added- one that addresses the issue of internalization of parental standards and another focused on sibling rivalry (Santos, 2011). This recent version lacks of new studies, particularly using clinical samples that can contribute to confirm its validity. Thus, the present study aims to compare the responses of a clinical group (N = 20) comprised children followed in psychological counseling because of conduct disorders, anxiety disorder or depressive disorder with the responses of a control group consisting of children without psychological disorder identified (N=20). Their ages ranged between 7 and 10 years. To all participants were applied the “Once upon a time...” test, the Rutter’s Children Behaviour Questionnaire for teachers (Rutter, 1967) and for parents (Rutter, 1970), CES-DC (Martins, 2005) and Revised Children's Manifest Anxiety Scale (Fonseca, 1992). The results reveal a number of important differences between the responses of the clinical group and the control group. When the clinical group is subdivided according to the kind of disturbance, whether organized by clinical criteria, or by the results of the instruments applied, differences emerge in smaller numbers, but go in the same direction, and are consistent with the expected characteristics of these groups. The smaller number of the sample in these subgroups, as well as the phenomenon of comorbidity contributes to the decrease of differences in comparison with the control group.

Key words: Projective Technique "Once upon a time ... " ; Anxiety Elaboration Strategies; Conduct Disorders; Anxiety disorders; Depressive Disorder

Índice Geral

Introdução	1
Capítulo 1: Enquadramento Teórico	3
1.1. A Prova “Era uma vez...”	3
1.2. A Ansiedade na Infância	8
1.3. A Depressão na Infância	11
1.4. Perturbação de comportamento	14
Capítulo 2: Metodologia	18
2.1. Participantes	18
2.2. Instrumentos	19
2.2.1. CES-DC	19
2.2.2. Escala Revista de Ansiedade Manifesta para Crianças e Adolescentes “O que eu penso e o que eu sinto”	20
2.2.3. Inventário de M. Rutter para Professores	21
2.2.4. Inventário de M. Rutter para Pais	21
2.3. Procedimento	22
2.4. Procedimento Estatístico	22
CAPÍTULO 3: Apresentação dos Resultados	24
3.1. Comparação entre o Grupo de Controlo e Grupo Clínico Geral em função do Cartão	24
3.2. Comparação entre Grupo de Controlo e Grupo Clínico indicado com Perturbação de Comportamento em função do Cartão	32
3.3. Comparação entre Grupo de Controlo e Grupo Clínico indicado com Perturbação de Ansiedade em função do Cartão	33
3.4. Comparação entre Grupo de Controlo e Grupo Clínico indicado com Perturbação Depressiva em função do Cartão	35
3.5. Comparação entre Grupo com Perturbação Emocional (avaliada pelos Inventários de M. Rutter para Pais e para professores) e Grupo que não apresenta Perturbação Emocional	36
3.6. Comparação entre Grupo com Perturbação de Ansiedade (avaliada pela Escala de Ansiedade “O que eu penso e o que eu sinto”) e Grupo que não apresenta Perturbação de Ansiedade	39
3.7. Comparação entre Grupo com Perturbação Depressiva (avaliada pela CES-DC) e Grupo que não apresenta Perturbação Depressiva	41

3.8. Comparação das Estratégias de Elaboração da Ansiedade (EEA) entre Grupo de Controlo e Grupo Clínico Geral em função do Cartão	44
Capítulo 4: Discussão	48
Capítulo 5: Conclusão	53
Referências Bibliográficas:	55

Índice dos Quadros

Quadro 1 - Média de Idades dos grupos em cada análise realizada.....	19
Quadro 2 - Comparação de respostas relativas ao Cartão I entre Grupo de Controlo e Grupo Clínico Geral (%)	25
Quadro 3 - Comparação de respostas relativas ao Cartão II entre Grupo de Controlo e Grupo Clínico Geral (%)	26
Quadro 4 - Comparação de respostas relativas ao Cartão III entre Grupo de Controlo e Grupo Clínico Geral (%)	26
Quadro 5 - Comparação de respostas relativas ao Cartão IV entre Grupo de Controlo e Grupo Clínico Geral (%)	27
Quadro 6 - Comparação de respostas relativas ao Cartão V entre Grupo de Controlo e Grupo Clínico Geral (%)	28
Quadro 7 - Comparação de respostas relativas ao Cartão VI entre Grupo de Controlo e Grupo Clínico Geral (%)	29
Quadro 8 - Comparação de respostas relativas ao Cartão VII entre Grupo de Controlo e Grupo Clínico Geral (%)	30
Quadro 9 - Comparação de respostas relativas ao Cartão VIII entre Grupo de Controlo e Grupo Clínico Geral (%)	30
Quadro 10 - Comparação de respostas relativas ao Cartão IX entre Grupo de Controlo e Grupo Clínico Geral (%)	31
Quadro 11 - Comparação de respostas relativas ao Cartão I, 3ª Cena – Grupo de Controlo e Grupo Clínico indicado com Perturbação de Comportamento (%)	32
Quadro 12 - Comparação de respostas relativas ao Cartão VII, 1ª Cena – Grupo de Controlo e Grupo Clínico indicado com Perturbação de Comportamento (%)	32
Quadro 13 - Comparação de respostas relativas ao Cartão I, 3ª Cena - Grupo de Controlo e Grupo Clínico indicado com Perturbação Ansiedade (%)	33
Quadro 14 - Comparação de respostas relativas ao Cartão IV, 1ª Cena - Grupo de Controlo e Grupo Clínico indicado com Perturbação Ansiedade (%)	33
Quadro 15 - Comparação de respostas relativas ao Cartão V, 3ª Cena - Grupo de Controlo e Grupo Clínico indicado com Perturbação Ansiedade (%)	34
Quadro 16 - Comparação de respostas relativas ao Cartão VII, 1ª Cena - Grupo de Controlo e Grupo Clínico indicado com Perturbação Ansiedade (%)	35
Quadro 17 - Comparação de respostas relativas ao Cartão I, 1ª Cena – Grupo de Controlo Vs. Grupo Clínico indicado com Perturbação Depressiva (%)	35
Quadro 18 - Comparação de respostas relativas ao Cartão I, 3ª Cena - Grupo de Controlo Vs. Grupo Clínico indicado com Perturbação Depressiva (%)	36
Quadro 19 - Comparação de respostas relativas ao Cartão III, 1ª Cena - Grupo sem Pert. Emocional Vs. Grupo com Pert. Emocional (%).....	37

Quadro 20 - Comparação de respostas relativas ao Cartão IV, 3ª Cena - Grupo sem Pert. Emocional Vs. Grupo com Pert. Emocional (%).....	37
Quadro 21 - Comparação de respostas relativas ao Cartão V, 1ª Cena - Grupo sem Pert. Emocional Vs. Grupo com Pert. Emocional (%).....	38
Quadro 22 - Comparação de respostas relativas ao Cartão IX, 3ª Cena - Grupo sem Pert. Emocional Vs. Grupo com Pert. Emocional (%).....	38
Quadro 23 - Comparação de respostas relativas ao Cartão II, 1ª Cena - Grupo sem Pert. de Ansiedade Vs. Grupo com Pert. de Ansiedade (%)	39
Quadro 24 - Comparação de respostas relativas ao Cartão IV, 3ª Cena - Grupo sem Pert. de Ansiedade Vs. Grupo com Pert. de Ansiedade (%)	39
Quadro 25 - Comparação de respostas relativas ao Cartão VIII, 1ª Cena - Grupo sem Pert. de Ansiedade Vs. Grupo com Pert. de Ansiedade (%)	40
Quadro 26 - Comparação de respostas relativas ao Cartão IX, 1ª Cena - Grupo sem Pert. de Ansiedade Vs. Grupo com Pert. de Ansiedade (%)	40
Quadro 27 - Comparação de respostas relativas ao Cartão II, 1ª Cena - Grupo sem Pert. Depressiva Vs. Grupo com Pert. Depressiva (%)	41
Quadro 28 - Comparação de respostas relativas ao Cartão IV, 1ª Cena - Grupo sem Pert. Depressiva Vs. Grupo com Pert. Depressiva (%)	41
Quadro 29 - Comparação de respostas relativas ao Cartão V, 1ª Cena - Grupo sem Pert. Depressiva Vs. Grupo com Pert. Depressiva (%)	42
Quadro 30 - Comparação de respostas relativas ao Cartão V, 3ª Cena - Grupo sem Pert. Depressiva Vs. Grupo com Pert. Depressiva (%)	42
Quadro 31 - Comparação de respostas relativas ao Cartão VI, 3ª Cena - Grupo sem Pert. Depressiva Vs. Grupo com Pert. Depressiva (%)	43
Quadro 32 - Comparação de respostas relativas ao Cartão VIII, 3ª Cena - Grupo sem Pert. Depressiva Vs. Grupo com Pert. Depressiva (%)	43
Quadro 33 - Comparação de respostas relativas ao Cartão IX, 3ª Cena - Grupo sem Pert. Depressiva Vs. Grupo com Pert. Depressiva (%)	43
Quadro 34 - Comparação das EEA utilizadas no Cartão I (%).....	44
Quadro 35 - Comparação das EEA utilizadas no Cartão II (%)	44
Quadro 36 - Comparação das EEA utilizadas no Cartão III (%)	45
Quadro 37 - Comparação das EEA utilizadas no Cartão IV (%).....	45
Quadro 38 - Comparação das EEA utilizadas no cartão V (%).....	45
Quadro 39 - Comparação das EEA utilizadas no cartão VI (%).....	46
Quadro 40 - Comparação das EEA utilizadas no Cartão VII (%)	46
Quadro 41 - Comparação das EEA utilizadas no cartão VIII (%)	47
Quadro 42 - Comparação das EEA utilizadas no cartão IX (%).....	47

Lista de Abreviaturas

Estratégia de Elaboração da Ansiedade	EEA
Estratégia Adaptativa Operacional	EAO
Estratégia com Equilibração Emocional	EEE

Introdução

A Prova “Era uma vez...” (Fagulha, 1992) é uma técnica projectiva destinada a crianças, cujo objectivo é descrever a forma como elaboram as emoções, principalmente a ansiedade e o prazer considerados por Freud (1926/1978) e Klein (1932/1969) como estados afectivos com uma importante função adaptativa no desenvolvimento psicológico.

Nas teorias psicodinâmicas, as emoções são percebidas enquanto fenómenos que originam e organizam todos os processos mentais (Leal, 1985b), estando presentes desde o início da vida e influenciando a forma como a criança entende o mundo que a rodeia e o modo como constrói o seu mundo interno de relações.

Para entender o funcionamento mental da criança torna-se extremamente necessário um método de avaliação que nos permita aceder ao seu mundo interno e, de facto, as técnicas projectivas apresentam-se como especialmente úteis para captar o funcionamento da mente infantil do qual fazem parte as suas fantasias, desejos e medos (Fagulha, 1992).

Ao brincar, a criança expressa as suas fantasias e ansiedades (Klein, 1955/1980), elaborando, portanto, os estados emocionais que experimenta, numa área entre a fantasia e a realidade, espaço que Winnicott (1969/1953; 1975/1971) designou como “espaço transicional”.

A concepção da prova “Era uma vez...” teve como objectivo criar uma situação em que se pudesse aceder a esse espaço transicional, facilitando a leitura dos significados nele expressos pelas crianças (Fagulha, 1992/2002/2010).

Técnicas projectivas como a prova “Era uma vez...” tornam-se principalmente úteis quando o objectivo é explorar o mundo interno de crianças com problemas psicológicos, como é o caso de problemas de ajustamento (ansiedade e depressão) e alterações de comportamento, nos quais terá incidência esta investigação. No fundo, o interesse será perceber o que caracteriza estas crianças e o que as diferencia, ou não, das demais crianças sem problemas psicológicos identificados, em dimensões como a elaboração da ansiedade e do prazer.

A Prova Projectiva “Era uma vez...” (Fagulha, 1992/2007/2010) tem sido utilizada na avaliação de crianças com problemas psicológicos. Porém, ainda há poucos estudos empíricos caracterizando as respostas destas crianças. Assim, torna-se necessário fazer mais pesquisa

com a mesma prova, no sentido de explorar e saber mais sobre o padrão de respostas que lhe está subjacente.

Estudar a forma como as crianças elaboram a ansiedade é relevante para o aumento do conhecimento das vivências pessoais em crianças com este tipo de perturbações e para intervenções mais efectivas junto desta população.

Pretende-se, portanto, com este estudo, caracterizar o padrão de respostas à prova Era uma vez... numa amostra de crianças que estejam a ser acompanhadas em consulta psicológica, sendo que, um sub-grupo será constituído por crianças com alterações de comportamento, outro sub-grupo por crianças com perturbações de ansiedade e outro por perturbação depressiva. Estes três sub-grupos serão ainda comparados com um grupo de controlo que será constituído por crianças que não estejam a ser acompanhados em consulta psicológica. Pretende-se ainda caracterizar as estratégias de Elaboração da Ansiedade utilizadas pela amostra comparando-as com o grupo de controlo, utilizando para tal, as quatro estratégias de elaboração de ansiedade que Pires (2001) identificou nas respostas à prova (Negação, Estratégia Adaptativa Operacional, a Estratégia com Equilibração Emocional e Impossibilidade).

Capítulo 1: Enquadramento Teórico

1.1. A Prova “Era uma vez...”

Melanie Klein (1969/1932) foi a primeira psicanalista a utilizar a actividade lúdica como acto expressivo a ser vivenciado e interpretado no tratamento psicanalítico de crianças.

É através do brincar que a criança elabora as ansiedades que acompanham o processo de desenvolvimento e expressa os seus desejos, medos e fantasias, procurando controlar as experiências do seu dia-a-dia. Esta é uma actividade espontânea e natural, mediante a qual a criança procura entender e dominar, quer o mundo externo, quer o seu mundo interno. Brincar é uma forma da criança se exprimir e de elaborar a ansiedade e, portanto, podemos dizer que o brincar constitui a forma de expressão privilegiada para a criança, atendendo às características inerentes ao próprio desenvolvimento (Fagulha, 1992).

Na consulta da criança o papel do psicólogo é criar as condições para estabelecer o espaço transicional proposto por Winnicott (1969/1953,1975/1971); espaço este, entre a fantasia e a realidade, onde se podem elaborar as experiências emocionais de uma forma criativa e que facilita a possibilidade de comunicação emocional procurando entender o modo como cada criança se confronta com as suas emoções, incluindo a ansiedade, e promovendo a compreensão das suas fantasias e impulsos. Neste espaço transicional a criança pode expressar e comunicar as suas fantasias, os seus medos, os seus desejos, a forma como vive a relação com os outros, enquanto figuras reais e enquanto figuras do seu mundo interno (Fagulha, 1995). É neste espaço criativo que se avalia a forma como a criança se aproxima das emoções e se confronta com as exigências da realidade e como se regula o trânsito e o equilíbrio entre a vida de fantasia e as limitações e constrangimentos que a realidade impõe (Fagulha, 1992). A fantasia criativa, emocionalmente significativa, é o núcleo do brincar do infante humano (Leal, 1985a). É de notar a enorme riqueza expressiva da actividade lúdica ou, noutros casos o impedimento básico da estruturação do ego, denotado pela impossibilidade de brincar (Klein, 1969/1932).

Ainda que algumas crianças tenham um razoável domínio da linguagem, considera-se que a expressão verbal não é suficiente para que consigam expressar os seus sentimentos em palavras. Assim, a comunicação ganha uma maior riqueza quando se apoia noutras formas de expressão, como o brincar, ou o desenhar através dos quais transmitem significados impossíveis de comunicar unicamente através da linguagem verbal (Fagulha, 1995).

A Prova “Era uma vez...” foi criada com o objectivo de compreender e descrever a elaboração dos fenómenos emocionais em crianças, através de uma situação que, permitindo a espontaneidade característica da actividade lúdica, se prestasse a uma maior facilidade de utilização e se apresentasse padronizada na sua forma de aplicação e interpretação (Fagulha, 1992).

A prova “Era uma vez...” tem o intuito de elucidar o processo de elaboração de emoções fundamentais na estruturação e desenvolvimento da personalidade, como a ansiedade e o prazer, o qual retrata a rede de intercâmbios e relações significativas que a criança estabelece com o seu mundo de objectos, externos e internos (Fagulha, 1995). O desenvolvimento emocional processa-se através de várias experiências, desde experiências de ansiedade até experiências de momentos bons ou agradáveis. Assim, incluíram-se na prova, estímulos que representam situações ansiogéneas e, por outro lado, acontecimentos agradáveis. Ou seja, os Cartões que constituem os estímulos representam quer acontecimentos ansiogéneos comuns na vida da criança, como perder-se, estar doente, ter pesadelos, assistir a uma briga dos pais, enfrentar as dificuldades de aprendizagem escolar, a culpabilidade ou a rivalidade entre irmãos, quer situações boas e agradáveis, como ir a praia com pais e encontrar outras crianças com quem brincar, festejar o dia dos anos (Fagulha, 1992).

A ideia seria usar como estímulo uma história, apresentada sob a forma de episódios de banda desenhada a qual se supõe poder sugerir uma atitude lúdica, que facilitasse a adesão por parte das crianças. A história diria respeito a uma personagem infantil, menino quando aplicada a rapazes e menina quando aplicada a raparigas, que se devia manter ao longo de toda a prova, e os episódios representados deveriam corresponder a situações comuns da vida das crianças, que despertassem algum tipo de ansiedade. Ainda que se incluíam também situações prazerosas, na medida em que se reconhece a sua importância como factor de desenvolvimento e como organizador do eu (Fagulha, 1992).

A Prova é constituída por nove cartões que apresentam, sob a forma de banda desenhada, histórias incompletas relativas a acontecimentos comuns na vida de qualquer criança e que evocam emoções de ansiedade e de prazer. Na versão original (Fagulha, 1992) existem sete cartões que remetem para situações ansiogéneas de natureza distinta – separação (Cartão I), doença (Cartão II), terrores nocturnos e pesadelos (Cartão IV), conflito entre os pais (Cartão VI) e dificuldades escolares (Cartão VII) – e dois remetem para experiências

agradáveis, uma ida à praia (Cartão III) e o dia de aniversário (cartão V). Posteriormente foram criados dois novos Cartões (Santos, R., 2011): um relativo ao confronto com as normas parentais (Cartão VIII) e outro que remete para a rivalidade fraterna (Cartão IX). Para cada Cartão existem nove Cenas que representam diferentes possibilidades de elaboração da experiência emocional evocada no cartão. À criança propõe-se que complete a história desenhada no cartão, escolhendo três dessas nove Cenas e colocando-as em sequência (Fagulha, 1992). Três dessas cenas representam contextos ligados a emoções dolorosas, ou de perigo, associados a experiências de ansiedade, designadas por Cenas de Aflição; três cenas representam uma fantasia compensatória entendida como prazer, alívio ou fuga da experiência de ansiedade, designando-se Cenas de Fantasia; três cenas apresentam uma estratégia de acção para resolver a situação crítica apresentada ou mostram simplesmente a aceitação da realidade desagradável, sem sinal expresso do sentimento doloroso, chamadas Cenas de Realidade. Após a organização da sequência da história pede-se à criança que a verbalize (Fagulha, 1992).

A característica das cenas que a criança escolhe para continuar a história (Fantasia, Aflição ou Realidade) e a sequência que organiza com essas três cenas permitem uma descrição das movimentações características dos fenómenos emocionais para cada situação. Fagulha (1992) salienta que não importa verdadeiramente só o desfecho da história mas sim o caminho encontrado pela criança, em alternância ou sequência, entre a Aflição, a fuga na Fantasia ou o simples reconhecimento da Realidade pragmática.

Importa referir que com esta prova pretendia-se evitar uma resposta exclusivamente verbal. Assim, manipular, escolher, fazer, pareciam ser critérios adequados e portanto orientaram o tipo de resposta a pedir (Fagulha, 1992). Esta forma de organização da situação tem como base as características da entrevista lúdica em que a criança selecciona os objectos-brinquedos, que manipula e utiliza para organizar sequências de actos de brincar, surgindo assim a possibilidade de dar significado às suas experiências, entendê-las no seu significado simbólico, elaborá-las num espaço criativo, entre a fantasia e a realidade, permitindo à criança desenvolver-se (Fagulha, 1992).

Procurou-se ainda que, durante a aplicação da prova, se estabelecesse um diálogo entre psicólogo e criança (o psicólogo apresenta e descreve o estímulo, a criança escolhe as cenas e verbaliza a história). Assim, estabelece-se uma experiência em que existe uma comunicação

constantemente partilhada que promove o intercâmbio e facilita a expressão comunicativa, conforme a sugestão que Leal (1985a) designou de “vai-vem”, um “agora tu-agora eu”.

A avaliação das histórias correspondentes às cenas escolhidas e às histórias verbalizadas permite, por vezes, uma maior riqueza de informação comparativamente às provas em que a interpretação se baseia exclusivamente nas verbalizações. Isto acontece sobretudo em crianças inibidas e em crianças em que a intensidade das emoções e conflitos a elas associados conduz a movimentos defensivos que dificultam a comunicação expressiva (Fagulha, 1992).

Tal como foi referido, as situações representadas em cada Cartão são ilustrativas de situações comuns na vida das crianças. A ansiedade de separação inspirou a situação representada no Cartão I, Passeio Com a Mãe. Pretendia-se a obtenção de dados distintos sobre o modo como a criança encara a situação difícil que lhe é proposta. O Cartão II, Doença, que representa uma situação banal de estar doente e ser tratado pelo médico, pode evocar a ansiedade relacionada com o medo da doença e com o significado desta, pelos aspectos desagradáveis de certos tratamentos, e mesmo pelo medo da morte. O Cartão III, Passeio à Praia, foi criado com o intuito de compreender o modo como a criança se vê no contexto de um grupo de outras crianças. A sua inclusão permite alargar o campo de observação sobre a forma como a criança lida com os acontecimentos passíveis de gerar expectativas agradáveis, e ajudar a distinguir as crianças com um desenvolvimento emocional “suficientemente bom”, de outras para quem certas “coisas boas” podem funcionar como ameaças de perdas, difíceis de aceitar. O medo do escuro, os pesadelos e os terrores nocturnos constituem experiências ansiogéneas comuns no desenvolvimento infantil. A intensidade da ansiedade associada, a frequência com que ocorrem estes episódios e a sua persistência podem constituir sinais ou sintomas de perturbação de desenvolvimento. O Cartão IV, Pesadelo, foi criado na expectativa de detectar a forma como a criança se posiciona face à ansiedade despertada, quando se coloca a relação entre a fantasia e a realidade, no sonho. O Cartão V, Dia de Anos, permite obter informação relativa à reacção das crianças face a alguns acontecimentos especiais, permitindo diferenciar as crianças que face a eles, apresentam uma reacção negativa. Na vida familiar normal, qualquer criança se apercebeu ou foi testemunha de situações de conflito entre os seus pais. O Cartão VI, Briga dos Pais, procura evocar tais acontecimentos. Tal história poderá despertar ansiedade em resultado do conflito entre o medo e o desejo de separar os pais. O Cartão VII, Escola, foi criado na expectativa de conhecer a forma como a criança lida com as eventuais dificuldades

próprias da aprendizagem, no contexto de sala de aula. Representa-se assim, um ataque à auto-estima da criança, no contexto de dificuldade de não saber responder a uma pergunta do professor. Considera-se importante, numa avaliação psicológica, conhecer a forma como a criança lida com esta emoção dolorosa (Fagulha, 1992). O Cartão VIII, Jarra, foi criado na expectativa de detectar a forma como a criança se posiciona face à culpabilidade e à confrontação com as normas parentais culpabilidade. Trata-se de uma situação em que a personagem é avisada pelos pais para não mexer num objecto, e desobedecendo, esse objecto parte-se. Esta situação poderá despertar naturais sentimentos de culpa, mais ou menos intensos, seguidos de tentativa de reparação. Pelo contrário, poderá haver uma desvalorização da transgressão, indicando uma falta de valorização das normas parentais. Reconhecida a importância de interiorização de normas seguras, as respostas dadas a este Cartão facilitam uma compreensão do modo como a criança as integra e lida com elas. O Cartão IX, Bebe, apresenta a chegada de um novo bebé. Esta temática de inclusão de um novo elemento na família obriga a uma reavaliação do papel de cada um dos seus membros. Sentimentos de rivalidade, ligados a medos de eventuais perdas (e.g., de atenção que os pais irão distribuir por outro) podem ser expressos ou escondidos, e ainda coexistir com uma experiência ou expectativa de ganhos (e.g., o ganhar um companheiro, ser valorizado como colaborador dos pais nos cuidados ao bebé).

Mais tarde, Pires (2001) definiu quatro modalidades de elaboração da ansiedade nas respostas sequências de cenas à Prova “Era uma vez...”. Admitiu uma modalidade que traduz o não reconhecimento do afecto doloroso – Negação – e três estratégias que envolvem o reconhecimento desse afecto perturbador, correspondendo a duas formas distintas de o elaborar – Estratégia Adaptativa Operacional e Estratégia com Equilibração Emocional – e a uma outra que se revela ineficaz enquanto elaboração resolutive – Impossibilidade.

A Negação funciona como um mecanismo de defesa, ou seja, consiste num movimento interno que tem como finalidade impedir a tomada de consciência dos aspectos perturbadores da situação defendendo o ego da experiência de ansiedade. A Negação tem a finalidade de evitar a dor psíquica afastando da consciência a situação que a origina. A Estratégia Adaptativa Operacional traduz um movimento interno de reconhecimento da ansiedade e tentativa de resolução da situação ansiogénica através do recurso a estratégias de acção adaptativas. Trata-se de uma modalidade de confronto com a ansiedade que se caracteriza por envolver escolhas deliberadas da parte do sujeito, orientadas para a realidade, que se baseiam na lógica e que visam uma resolução pragmática e eficaz das situações. Nesta estratégia,

ainda que a expressão dos afectos seja possível, é controlada pela razão para conduzir a uma solução eficaz da situação que desencadeia os afectos. A Estratégia com Equilibração Emocional consiste num movimento interno de reconhecimento da ansiedade mas, na sua elaboração, a criança utiliza a fantasia para equilibrar, de forma criativa e flexível, a experiência dolorosa. É uma modalidade particularmente harmoniosa de confronto com a ansiedade, em que a sua elaboração é facilitada pelo recurso à fantasia, numa área transicional da experiência em que a fantasia e a realidade se integram para proporcionar uma vivência criativa, tal como defendia Winnicott (1971/1975). A categoria Impossibilidade corresponde a uma elaboração da ansiedade desencadeada pela situação apresentada no cartão que falha na possibilidade de conduzir a uma resolução adaptativa.

1.2. A Ansiedade na Infância

Segundo Barlow (2002) a ansiedade é considerada como uma emoção básica caracterizada por um estado de apreensão difusa e desconfortável, muitas vezes acompanhado de reacções do sistema nervoso autónomo. É um dos problemas emocionais que mais prevalência tem na infância, sendo que representa uma das formas de psicopatologia mais típica nestas idades (Fonseca, 2010).

Quando é pedido às crianças para responderem numa aula, ou para participar em actividades atléticas, ou em actividades sociais, é normal que possam ficar ansiosas. As crianças, tal como os adultos, experienciam medos e ansiedades – desafios emocionais normais – que apenas se tornam sinais de perturbação psicológica quando são intensos, prolongados e quando interferem na vida normal da criança. São estas manifestações severas de comportamentos emocionais que requerem intervenção (Kendall, 2000).

Kendall (2000), afirma que níveis moderados de ansiedade e de medo aparecem em todos os humanos, sendo considerados características normais e essenciais do processo de desenvolvimento normal do indivíduo, no sentido em que fazem parte da maturação individual, fornecendo ao indivíduo os meios necessários para se adaptar a situações novas, inesperadas ou perigosas, e assim, permitir-lhe preparar-se para as enfrentar ou evitar. As suas funções podem variar dependendo da idade do indivíduo e das características do seu meio (Fonseca, 2010).

Fonseca (2010) afirma *“fala-se de perturbações de ansiedade quando esta atinge uma intensidade que vai muito para além do que se esperava numa determinada idade, não tem uma causa observável, é desproporcionada ao perigo ou objecto ansiógeno, persiste durante longo período de tempo e causa graves deficiências num ou em diversos domínios do funcionamento do indivíduo”* (p. 506).

Segundo o DSM-IV (2002), a ansiedade generalizada é caracterizada por uma preocupação persistente, que abrange diversos domínios da vida, eventos ou actividades. No fundo, crianças com esta perturbação não estão simplesmente preocupadas com uma tarefa específica que terão que realizar, mas sim com a sua vida futura pessoal, saúde, performance e também com o futuro, saúde, performance e segurança dos outros. Além da preocupação, existem também sintomas físicos, como a fadiga, tensão muscular e perturbações do sono, e sintomas cognitivos como as dificuldades de concentração. Queixas somáticas como tensão muscular, dores de cabeças e dores de estômago são também comuns (Flannery-Schroeder, 2004).

São crianças frequentemente perfeccionistas e auto-críticas, sendo que por vezes não são capazes de progredir nas tarefas sem terem a certeza de que estão a ir no caminho certo (Flannery-Schroeder, 2004).

Fonseca (2010) considerou que com o avançar da idade as crianças compreendem o mundo que as rodeia de uma melhor forma, ganhando mais autonomia, e que ao lidar com situações novas ou desconhecidas, os seus medos e ansiedades podem também alterar-se, diminuindo ou até mesmo desaparecendo. Esta foi também a conclusão de muitos outros trabalhos sobre a ansiedade nas crianças, os quais consideravam uma característica normal e importante no desenvolvimento humano (Muris, 2007).

Ainda que os sintomas de perturbação de ansiedade na infância possam ser expressos em dores de estômago, dores de cabeça, tensão muscular, transpiração, tremores ou sensação de sufoco ou choque, nem todas as crianças percebem que estas reacções corporais poderão estar relacionadas com a ansiedade (Kendall, 2000). No fundo, estas crianças reconhecem as suas emoções mas não são capazes de compreender e de pensar sobre elas, a fim de as mudar, uma vez que não as relacionam com a ansiedade (Southam-Gerow & Kendall, in press, cit. por Kendall, 2000).

O desenvolvimento emocional é influenciado por uma variedade de factores onde podemos incluir a predisposição genética, a perturbação psicológica dos pais, um trauma recente, a história cognitiva e comportamental da criança, e as inter-relações com os pares e família (Kendall, 2000). A modelagem (que, numa perspectiva psicodinâmica, se deve relacionar com o mecanismo de identificação) tem também um papel importante. Uma criança pode adquirir um comportamento disfuncional ao observar a reacção dos pais e os seus padrões comportamentais (Barrett, Rapee, Dadds, & Ryan, 1996).

Numa perspectiva ligeiramente diferente, Flannery-Schroeder (2004) aponta igualmente como factores de risco para a perturbação de ansiedade o estilo de vinculação, o temperamento da criança, a ansiedade dos pais e algumas outras características parentais. Estes factores podem estar ligados entre si dado que a ansiedade dos pais estaria relacionada com o estilo de vinculação insegura (Bowlby, 1982). No fundo, se a figura de vinculação for percebida como indisponível, a criança poderá experienciar o mundo como um local inseguro (Flannery- Schroeder, 2004), acabando por se tornar mais ansiosa.

Relativamente às características temperamentais da criança, chegou-se à conclusão de que crianças com um comportamento inibido, mais irritáveis, com medo aquando da fase de começar a andar, envergonhadas e descuidadas seriam mais vulneráveis à perturbação de ansiedade (Kagan, 1997; Flannery-Schroeder, 2004).

Flannery-Schroeder (2004), tal como muitos outros autores, acentua que a ansiedade parental é preditiva da ansiedade dos filhos. Pais com perturbações de ansiedade têm maior probabilidade de vir a ter um filho com ansiedade (Rosenbaum, Biederman, Bolduc-Murphy, Faraone, Chaloff, Hirshfeld & Kagan 1993,) de uma forma indirecta, devido à genética (temperamento) e/ ou devido a factores ambientais (estilo de parentalidade) (Donovan & Spence, 2000). Outras características parentais, incluindo o controlo ou a protecção excessivas, podem estar associadas a uma baixa auto-eficácia na criança, factor esse que poderá estar directamente ou indirectamente relacionado com a ansiedade na infância (e.g. Khroné, 1990; Flannery-Schroeder, 2004).

Relativamente ao género, alguns estudos indicam que as raparigas reportam mais medos do que os rapazes (Ollendick & King, 1991, cit. por Kendall, 2010), contudo, outros estudos de casos clínicos não encontraram quaisquer diferenças no género (Treadwell, Flannery, & Kendall, 1995, cit. por Kendall, 2010).

No caso das crianças, a ocorrência de vários diagnósticos num mesmo indivíduo é um fenómeno tão comum que pode considerar-se quase normal (Fonseca, 2010). Segundo Fonseca (2010), adicionalmente ao diagnóstico de uma determinada perturbação da ansiedade poderá haver outras perturbações de ansiedade, tal como ansiedade de separação (comorbilidade homotípica), ou perturbação depressiva, ou perturbação de comportamento (comorbilidade heterotípica). Os casos de comorbilidade parecem mais afectados em vários domínios do seu funcionamento (Franco, Saavedra & Silverman, 2007) comparativamente com casos de perturbações simples de ansiedade.

Muitos estudos demonstraram que as perturbações de ansiedade estariam associados a problemas como a depressão (Last, Hersen, Kazdin, Finkelstein, & Strauss, 1987, citado por Flannery-Schroeder, 2004), ideações suicidas (Brent et al., 1986, citado por Flannery-Schroeder, 2004), e baixa auto-estima (Strauss, Last, & Francis, 1988).

1.3. A Depressão na Infância

Em tempos a depressão era considerada um problema limitado aos adultos. Agora, os profissionais de saúde mental reconhecem que também as crianças podem experienciar a depressão (Kendall, 2000).

Na primeira metade do século XX, os psicanalistas viam as crianças como psicologicamente imaturas para se tornarem deprimidas (Gelfand, Jenson & Drew, 1988). Margaret Mahler (1952, cit. por Gelfand, Jenson & Drew, 1988) defendia que o ego imaturo de uma criança seria incapaz de produzir uma depressão como acontecia no adulto e, em vez disso, tomava rápidas acções defensivas contra a perda. Assim, a criança usaria mecanismos de defesa como a negação e a repressão para se defender contra a dor emocional e não desenvolveria depressão clínica. Outros clínicos concordavam que a criança não desenvolvia sintomas depressivos, ainda assim afirmavam que uma extensa variedade de problemas, desde a hiperactividade às fobias, constituíam uma “depressão mascarada” (Cytryn & McKnew, 1974, cit. por Gelfand, Jenson & Drew, 1988). No entanto, este conceito de “depressão mascarada” tornou-se inútil, uma vez que tinha uma definição muito frágil e inconclusiva (Gelfand, Jenson & Drew, 1988).

Também Simões (1999) afirmou que a depressão poderia ocorrer em crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos, mas seria “mascarada” (como o próprio

também referiu) por características diferentes da depressão que ocorre habitualmente nos adultos. Ou seja, a depressão seria “mascarada” através de sintomas como fobias, delinquência, queixas somáticas, fugas (considerados “reações secundárias à depressão”), ou, por outro lado expressar-se-ia através de isolamento social, enurese, medo da morte e agressão. Uma vez que alguns destes sintomas podem ser facilmente ignoradas, esta ideia de “depressão mascarada” apresenta-se como muito útil dado que chama a atenção para modos de manifestação desta problemática que poderiam facilmente passar despercebidos (Simões, 1999).

Quando os investigadores começaram a questionar directamente as crianças sobre sintomas depressivos, tornou-se óbvio que também elas podem e, de facto sofrem, de depressão (Harrington, 1994, cit. por Kendall, 2000).

Em 1980, a American Psychiatric Association reconheceu a legitimidade do diagnóstico de depressão para as crianças, ainda que, mais tarde, os clínicos tenham formulado critérios de diagnóstico mais apropriados a estas idades (e.g. Cicchetti & Schneider-Rosen, 1984; Gelfand, Jenson & Drew, 1988).

Assim, hoje, e de acordo com DSM IV (2002), a depressão infantil é semelhante á depressão no adulto, como tal, os critérios de diagnósticos de depressão no adulto podem ser utilizados para avaliar a depressão na criança. Segundo o DSM IV, os sintomas de depressão são humor deprimido na maior parte do dia, diminuição de interesse nas actividades diárias, perda ou ganho de peso significativo sem uso de dietas, alteração de sono (insónia ou hipersónia), diminuição de energia, alteração na actividade motora, sentimento de inutilidade ou de culpa excessiva, dificuldades de concentração, pensamentos ou tentativas de suicídio. No entanto, a mesma fonte faz pequenas ressalvas, considerando os níveis de desenvolvimento, a fim de facilitar o diagnóstico de depressão na criança. Mais precisamente, uma criança deprimida pode apresentar humor irritável ao invés de tristeza; ou ainda revelar um decréscimo no rendimento académico devido à diminuição da capacidade de raciocínio e concentração.

É importante, contudo, salientar que sintomas isolados são relativamente comuns em crianças consideradas normais, sendo que a tristeza, por exemplo, pode ser ocasional e até apropriada nestas idades (Simões, 1999). Por vezes, as crianças experienciem tristeza, dores somáticas, aversão à escola e outros sintomas de depressão. Contudo, tais problemas poderão

ser transitórios e confundidos com depressão infantil (Lefkowitz & Burton, 1978, cit. por Gelfand, Jenson & Drew, 1988).

A depressão está associada a uma visão negativa do próprio, do mundo e do futuro (Kendall, 2000). Segundo Simões (1999) a depressão em crianças envolve quer sintomas de natureza emocional, quer sintomas mais observáveis e manifestos. Tais sintomas encontram-se associados a vários tipos de dificuldades no rendimento escolar, nas relações com os companheiros, etc. Para além destes sintomas, também a falta de amizades, a incapacidade de se divertir ou de se concentrar e uma ausência de reacções emocionais normais poderão estar presentes em crianças deprimidas. Outras características relevantes relativamente a estas crianças é que choram muito, dormem demais ou muito pouco, têm perda de apetite, começam a baixar as notas, têm aparência triste, queixam-se de doenças, expressam culpa, sofrem de ansiedade de separação ou pensam frequentemente na morte ou em suicídio (Malmquist, 1983; Poznanski, 1982, cit. por Papalia & Olds, 1998). Nem sempre os pais reconhecem sintomas como perturbações do sono, perda de apetite e irritabilidade como sinais de depressão.

A depressão infantil está associada a muitas situações negativas, incluindo episódios futuros de depressão, desajustamento social, dificuldades académicas e, nalguns casos, um risco aumentado de suicídio (Kendall, 2000). As estimativas indicam que 0.85 por cento dos pacientes psiquiátricos com idades abaixo dos 10 anos têm um primeiro diagnóstico de depressão. (Orvaschel, 1983, cit. por Gelfand, Jenson & Drew, 1988).

Os profissionais de saúde já puderam observar que os afectos depressivos são frequentemente acompanhados de algumas perturbações que incluem recusa em ir à escola, ansiedade de separação, perturbação obsessivo compulsivo ou psicose (e.g. Rutter & Garmezy 1983, Gelfand, Jenson & Drew, 1988).Consequentemente é difícil de distinguir entre a depressão e outros tipos de perturbações. A ansiedade, o uso de substâncias e comportamentos disruptivos são outros dos comportamentos a ter em conta quando se fala da comorbilidade na depressão (Compas, 1977, cit. por Kendall, 2000).

Já em 1621, Robert Burton afirmava *“os pais e todas as pessoas que se ocupam de crianças procedem mal quando são muito severos e constantemente ameaçam, criticam, repreendem, castigam e batem; pois as pobres crianças, assim domesticadas, sentem-se de tal maneira diminuídas que jamais poderão ter coragem, alegria ou qualquer prazer no que quer que seja”*. (cit. por Coimbra de Matos, 2001, p.502). Hoje em dia sabe-se que, de facto,

as práticas parentais inadequadas são um factor que contribui para o risco de depressão infantil (Weissman et al., 1987, cit. por Papalia & Olds, 1998). Também Karl Abraham (1911, cit. por Matos, 2001) descreveu a distímia primária, infantil, como núcleo original da depressão do adulto e refere o desapontamento ou desilusão com os pais como o seu factor etiológico específico. Mas muitos são os factores agora apontados para a etiologia da depressão infantil. Os resultados de investigação sobre genética indicam que existe uma significativa componente genética na depressão clínica (Paykel, 1992, cit. por Kendall, 2000; Gelfand, Jenson & Drew, 1988). A suportar esta ideia, algumas investigações indicam que quanto mais próximo as pessoas estiveram relacionadas, mais probabilidade têm de partilhar perturbações afectivos. Esta predisposição genética e biológica interage com o stress familiar e as distorções cognitivas pessoais (Kendall, 2000), sendo também estes factores que tornam as crianças vulneráveis à depressão infantil. Os factores do ambiente são também importantes, contudo, apesar da importância destes mesmos factores, a verdade é que o risco aumenta quando a história de depressão dos pais começou antes dos 20 anos (Kendall, 2000).

1.4. Perturbação de comportamento

Ao contrário do que acontece nos adultos, em que a depressão e a ansiedade são as principais razões que os levam a procurar ajuda, na infância as perturbações que chamam a atenção aos profissionais de saúde estão relacionadas com a externalização e problemas de comportamento incontroláveis (Kendall, 2000).

O termo perturbação de comportamento é um rótulo extenso utilizado para identificar um número de comportamentos aversivos e disruptivos na infância (Gelfand, Jenson & Drew, 1988). De acordo com o DSM-IV (2002), as características essenciais das perturbações de comportamento são um padrão repetitivo e persistente de comportamentos que envolvem a violação dos direitos básicos dos outros e das normas sociais (Kendall, 2000). Os tipos de problemas comportamentais associados às perturbações de comportamento incluem agressão, desobediência, ataques de raiva, roubo, pegar fogo e destruição (Gelfand, Jenson & Drew, 1988). É, portanto, uma perturbação de externalização que afecta todas as pessoas que lidam com a criança. Os efeitos de desobediência ou de comportamentos de oposição nos outros não são difíceis de perceber; deixam os adultos com sentimentos de impotência e frustração (Gelfand, Jenson & Drew, 1988).

Existe uma relativa concordância de que as perturbações de comportamento podem manifestar-se em perturbações corporais, em reacções inibidas, ansiosas, neuróticas e em condutas activas, expansivas e agressivas (Anthony, 1975). O comportamento agressivo é feito com intenção de fazer danos físicos e psicológicas e pode envolver estrago de propriedade. Este comportamento inclui contradição, ataques de raiva e luta, roubo, fuga às responsabilidades (como faltar às aulas) ou pegar fogo (Gelfand, Jenson & Drew, 1988).

As características que distinguem uma criança com perturbação de comportamento duma criança que não sofre de tal problema são a intensidade e a frequência destes comportamentos. O excesso de comportamentos como a agressão, a desobediência, os défices na aceitação de regras e nos comportamentos sociais e académicos são as características mais óbvias duma criança com esta alteração. (Gelfand, Jenson & Drew, 1988).

Existe uma expressão menos grave de comportamentos de acting out que é referida como comportamentos de oposição, que envolve um padrão de comportamento negativista, hostil e desafiante que dure no mínimo 6 meses, em que, por norma, existem pelo menos 4 das seguintes características: muitas vezes a criança perde o controlo, argumenta muitas vezes com adultos, desafia as regras ou recusa a aceitar o que os adultos lhe pedem, irrita as pessoas intencionalmente, culpa os outros pelos seus erros, é facilmente irritável, está muitas vezes zangada e é vingativa (Kendall, 2000).

Quando existem problemas de comportamento, os comportamentos de oposição estão também presentes. Portanto, um diagnóstico de perturbação de comportamento, pressupõe, também, um diagnóstico de comportamentos de oposição (Kendall, 2000).

As crianças que sofrem de perturbação de oposição são negativistas, hostis, temperamentais e desafiadoras das figuras de autoridade (Pires, 2003). De uma forma geral, as crianças com alterações de comportamento são, muitas vezes, impulsivas e têm um elevado necessidade de estimulação, e são pouco empáticas, tendo relações interpessoais atribuladas (Martin & Hoffman, 1990). Também Quay (1977) sugeriu que as perturbações de comportamentos mais severas poderiam ser motivadas por uma necessidade de estimulação. A procura de emoções e a quebra de regras poderia assim ser uma forma de procura de estimulação que ajuda a aliviar este estado de aborrecimento (Gelfand, Jenson & Drew, 1988).

Muitos são os autores que defendem que um dos maiores défices destas crianças é o seu fraco desenvolvimento moral, a pouca empatia, as pobres capacidades sociais e o baixo rendimento escolar, particularmente dificuldades em ler. Muitas destas crianças mostram um baixo sentimento de culpa ou inconsciência pelo seu comportamento destrutivo (Gelfand, Jenson & Drew, 1988).

Também, do ponto de vista social, surgem défices uma vez que, por norma, crianças com esta perturbação não sabem como ser líderes apropriados, como iniciar conversas ou socializar com os seus pares ou adultos. Loeber e Patterson (1981, cit. por Gelfand, Jenson & Drew, 1988) afirmaram, num estudo no Oregan Research Institute, que 72% de crianças com problemas comportamentais tinham relações frágeis com os pares.

Não existe um único factor que esclareça a causa do problema. Existem vários tipos de influências que foram identificados e suportados pelas investigações, entre eles factores cognitivos, biológicos e familiares (Kendall, 2000). Também Anthony (1975) apontou inúmeros factores de risco, tais como a hereditariedade de alto risco (o nível da expectativa genética), constituições de alto risco (padrões de actividade e reactividade), ambientes de alto risco (familiar, institucional, pobreza), experiências e situações de alto risco (separação, hospitalização, doença entre outros traumas) e pontos de alto risco no desenvolvimento (períodos e estágios críticos).

Ainda que a cultura e a socialização contribuam para este tipo de problemas, as alterações de comportamento existem em todo o mundo, tendo mais prevalência em meios socioeconómicos baixos e principalmente em meios urbanos (Barclay & Hoffman, 1990).

A família é o primeiro contexto para a socialização das crianças e muitas investigações confirmam a ideia de que a família é uma das principais causas dos problemas de comportamento (Jourlies, Bourg, & Farris, 1991, cit. por Kendall, 2000). Existem quatro características que poderão ser comuns nestas famílias: desvios parentais, rejeição e coerção por parte dos pais, falta de disciplina e de supervisão e conflitos maritais ou divórcios (Hetherington, Law, & O'Connor, 1993). Também Gelfand, Jenson e Drew (1988) apontam o divórcio, a separação e conflitos maritais como características muito comuns nas famílias de crianças com problemas de comportamento.

Muitas vezes, os pais destas crianças são também desviantes, mal ajustados, zangados, com personalidade anti-social e, por vezes, têm até um comportamento criminal (Rutter & Quinton, 1984, cit. por Kendall, 2000).

Pais que usam um controlo errado e são inapropriadamente permissivos mais facilmente terão crianças agressivas e com problemas de comportamento (e.g. Kazdin, 1985, Gelfand, Jenson & Drew, 1988). Existem também pais que aceitam a agressão dos filhos; são pais rejeitantes e restritivos (Gelfand, Jenson & Drew, 1988).

Segundo Kendall (2000), ainda que os factores mais associados ao risco de perturbações de comportamento incluam características da criança, dos pais da criança e da interacção entre a criança e os pais, muitos estudos referem também alguma componente genética.

A violência a que as crianças assistem em transmissões televisivas, ou até mesmo de comportamentos dos familiares poderão também influenciar o comportamento da criança. Assim, a modelagem (ou identificação, se pensarmos numa perspectiva mais dinâmica) foi outra causa social apontada como factor de risco (Gelfand, Jenson & Drew, 1988). Ambientes familiares envoltos em desrespeito e em que as pessoas se atacam constantemente, fornecem modelos de comportamentos desajustados para o futuro da criança (Pires, 2003). Berkowitz (1994, cit. por Pires, 2003) afirmou também que os mass media - filmes violentos, informação violenta - fornecem informação e modelos de comportamento que estão experimentalmente comprovados como aumentando a probabilidade de agressão em crianças.

Capítulo 2: Metodologia

2.1. Participantes

A amostra do presente estudo é constituída por 40 crianças, de ambos os sexos (sendo 21 crianças do sexo masculino e 19 do sexo feminino), com idades compreendidas entre os 7 e os 10 anos, sendo a média de idades 8,5, recolhida em diferentes locais – 20 crianças, pertencentes ao grupo de controlo inicial frequentavam uma escola primária, e as restantes 20, referentes ao grupo clínico geral, foram seleccionadas em diferentes Centros de Saúde.

As crianças que pertencem ao grupo experimental são crianças acompanhadas em consulta psicológica devido a pelo menos uma das seguintes problemáticas: alterações de comportamento, ansiedade e/ou depressão. Foram seleccionadas pelas Psicólogas de cada serviço, uma vez que são estas que, neste sentido, melhor as conhecem e conseguem reconhecer, em cada criança, tais problemas.

Importa salientar que para cada análise realizada, os grupos foram sendo modificados.

Numa primeira análise, compararam-se os resultados obtidos entre as crianças do grupo de controlo inicial, com o grupo clínico geral (crianças com perturbação de comportamento, perturbação de ansiedade e perturbação depressiva).

Numa segunda fase, seguiram-se análises mais específicas, ou seja, com sub-grupos. Estes sub-grupos são constituídos por crianças com perturbação de comportamento (N=9), ou perturbação de ansiedade (N=7), ou perturbação depressiva (N=4), indicadas pelas psicólogas. Compararam-se estes sub-grupos com o grupo de controlo geral (N=20).

Na terceira fase, compararam-se os resultados obtidos dependendo da detecção ou não de alguma das problemáticas, exclusivamente através dos instrumentos utilizados. Neste caso foram encontradas 20 crianças com problemas emocionais (em que 4 pertenciam ao grupo de controlo inicial), 15 crianças com perturbação de Ansiedade (em que também 4 pertenciam ao grupo de controlo inicial) e 17 crianças com perturbação depressiva (em que 5 pertenciam ao grupo de controlo inicial).

Em seguida, apresenta-se um quadro relativo à comparação da média das idades em cada análise feita.

Quadro 1 - Média de Idades dos grupos em cada análise realizada

	Médias de Idades dos Grupos		t de student	p
	Clínico	Controlo		
Geral	8,5	8,5	0,000	1,000
P. Comp._Psic.	8,4	8,5	0,121	0,904
P. Ans._Psic.	8,3	8,5	0,416	0,681
P. Depress_Psic.	9,0	8,5	-0,856	0,401
P. Emocional	8,6	8,5	-0,276	0,784
P. Ans.	8,3	8,6	1,010	0,319
P. Depress.	8,5	8,5	-0,010	0,890

Em nenhuma das análises existe diferença significativa na média de idades, pelo que, no presente trabalho, não considerámos que nenhuma das diferenças significativas apresentada nos resultados se deva a esta variável.

2.2. Instrumentos

Cada protocolo é constituído por 4 instrumentos, sendo 3 deles destinados à criança e 1 a ser preenchido pelos professores, no caso de grupo de população geral, ou pelos pais, no caso de grupo de controlo.

Os instrumentos que fizeram parte da aplicação foram: CES-DC (Martins, 2005), Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças e Adolescentes (Fonseca, 1992), a prova “Era uma vez...” (Fagulha, 1992) e os Inventários de M.Rutter para pais (1970) e professores (1967).

2.2.1. CES-DC

A Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children é uma escala de auto-avaliação com o objectivo de avaliar o nível actual de sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes. Esta escala foi construída por Weissman, Orvaschel e Padian (1980), sendo uma adaptação da escala utilizada para adultos (CES-D).

A adaptação da CES-DC portuguesa (Martins, 2005) surge na sequência das investigações efectuadas por Gonçalves e Fagulha (2003/2004), com a versão da escala destinada a adultos (CES-D). Assim, esta escala foi traduzida para português tendo como referência a adaptação da CES-D (Gonçalves e Fagulha, 2003/2004), devido à semelhança entre as duas.

A CES-DC é constituída por 20 itens semelhantes aos da CES-D, tal como foi referido. Cada item poderá ser cotado de 0 a 3 pontos, sendo que 0 corresponde a “nada”, 1 a “um pouco”, 2 a “um bom bocado” e 3 a “muito”. Contudo, é importante salientar que os itens 4, 8, 12 e 16 (que correspondem a situações ou sentimentos positivos) são cotados em ordem inversa. A pontuação varia de 0 a 60 valores e quanto mais alta for, maior é o nível de depressão.

Segundo Weissman et al. (1980), pontuações a partir de 15 seriam sugestivas de sintomas depressivos.

2.2.2. Escala Revista de Ansiedade Manifesta para Crianças e Adolescentes “O que eu penso e o que eu sinto”

A RCMAS (1978) é uma escala dicotómica adaptada para crianças e adolescentes, apresentada por Reynolds e Richmond em 1978, tendo sido adaptada e traduzida para a população portuguesa por Fonseca (1992).

É uma escala constituída por 37 itens que permitem avaliar a presença/ausência de vários sintomas, através de respostas “sim” ou não”.

Destes 37 itens, 28 referem-se a aspectos de ansiedade global e 9 a aspectos de mentira e desejabilidade social. Esta estrutura da versão portuguesa em 2 factores foi aferida por Fonseca (1992).

O índice de ansiedade obtém-se através da soma do número total de itens que tiveram resposta “sim” que equivale a 1 ponto, sendo que “não” corresponde a 0 pontos.

A pontuação varia entre 0 e 37 pontos, sendo que quanto maior é a pontuação, maior é a ansiedade-traço.

2.2.3. Inventário de M. Rutter para Professores

O Inventário de M. Rutter para Professores (1967) é composto por 26 afirmações descritivas de comportamentos. É pedido ao professor que classifique a conduta da criança, indicando se o comportamento descrito no Inventário ocorre “de certeza”, “por vezes” , ou “nunca ocorre”. Relativamente à cotação são atribuídos 2 pontos a todas as afirmações assinaladas como ocorrendo “de certeza”, 1 ponto às afirmações que são apontadas como ocorrendo “por vezes” e 0 pontos às que são assinaladas como não ocorrendo “nunca”.

É um Inventário constituído por duas sub-escalas: “neuroticidade” e “comportamento anti-social”, cada uma composta por itens específicos. No caso de um sujeito obter um valor total no questionário superior a 8 pontos, estes índices deverão ser calculados. Os sujeitos serão considerados “neuróticos” se a cotação desta escala for superior à cotação da escala “comportamentos anti-sociais” e vice-versa.

2.2.4. Inventário de M.Rutter para Pais

O Inventário de M. Rutter para Pais (Rutter, Tizard, & Whitmore, 1970) é, em muitos dos itens que o compõem, semelhante ao Inventário de M. Rutter para Professores (1967), sendo possível a comparação dos resultados obtidos num e noutra inventário.

Tal como no Inventário de M. Rutter para Professores, este inventário é também constituído por sub-escalas ou índices de “perturbação emocional”, de “comportamento anti-social”, e de “hiperactividade”, tomando em conta a pontuação obtida na soma de itens específicos também. Estes índices são calculados apenas para sujeitos que tiverem obtido pontuação superior a 12 pontos no total.

Dependendo da ocorrência do comportamento, os itens são cotados atribuindo 2, 1 ou 0 pontos, sendo esta última pontuação correspondente à ausência do comportamento.

É um Inventário composto por 3 partes que dizem respeito a Problemas de Saúde, a Hábitos e a Comportamentos variados, que tal como referido, em muito se assemelham aos itens descritivos do Inventário de M. Rutter para Professores.

Tanto o Inventário de M. Rutter para professores, como o Inventário de M. Rutter para pais são questionários relativos aos comportamentos da criança, tal como descrito em cima.

Assim, considerámos que este seria um bom instrumento de avaliação de comportamentos da criança, ainda que, nos capítulos de apresentação de resultados e discussão de resultados se faça referência a um termo mais geral (“perturbação emocional”, como refere o autor da prova) quando verificados resultados confirmativos de perturbação.

Tanto o Inventário de M. Rutter para professores, como o Inventário de M. Rutter para pais são questionários relativos aos comportamentos da criança, tal como descrito em cima. Assim, considerámos que este seria um bom instrumento de avaliação de comportamentos da criança, ainda que, nos capítulos de apresentação de resultados e discussão de resultados se faça referência a um termo mais geral (“perturbação emocional”, como refere o autor da prova) quando verificados resultados confirmativos de perturbação.

2.3. Procedimento

A aplicação das provas foi feita em locais diferentes. Relativamente ao grupo de controlo, a aplicação foi realizada na Escola Primária, no mês de Maio de 2013. Quanto ao grupo clínico, as aplicações foram realizadas em diferentes Centros de Saúde (Benfica e Lumiar), entre os meses de Junho e Setembro de 2013.

Todas as aplicações foram efectuadas pela autora do presente trabalho, num espaço que assegurasse o total sigilo, durante um período de cerca de 45 minutos para cada criança.

Para qualquer um dos grupos, a recolha deste protocolo foi realizada com o consentimento da instituição, bem como do encarregado de educação e foi confirmada a colaboração voluntária de cada criança.

Foi facultado um contacto de e-mail a que os pais podiam recorrer para esclarecimento de eventuais dúvidas.

2.4. Procedimento Estatístico

A análise dos dados recolhidos foi realizada através do programa estatístico IBM SPSS Statistics 20 (Statistical Package for the Social Sciences).

Foi utilizada estatística descritiva, designadamente o cálculo de médias, bem como determinação de frequências e percentagens.

Recorreu-se ao teste t de Student para a comparação das idades em cada uma das análises realizadas.

Para se comparar as frequências entre amostras, foi usado o teste não paramétrico Qui-Quadrado. Quando não se verificavam as condições de aplicabilidade do teste Qui-quadrado, recorremos ao teste Exacto de Fisher.

CAPÍTULO 3: Apresentação dos Resultados

3.1. Comparação entre o Grupo de Controlo e Grupo Clínico Geral em função do Cartão

Os Quadros 2, 3, 4, 5, 6, 7,8, 9 e 10 apresentam as percentagens médias das escolhas dos diferentes tipos de cenas (Realidade, Aflição e Fantasia) na 1ª, 2ª e 3ª posição para cada um dos cartões-estímulo (Cartão I a Cartão IX) que constituem a Prova. Para testar a significância estatística das diferenças observadas entre o Grupo Clínico e o Grupo de Controlo, pensámos o Qui-quadrado com base numa tabela de frequências com a estrutura de 2X3: 2 grupos x 3 tipos de cena. No entanto, apenas num caso (Cartão V, 3ª cena) se verificavam as condições de aplicabilidade deste teste. Procurámos depois testar separadamente a frequência de cada um dos tipos de cenas, utilizando igualmente o Qui-quadrado mas com base em tabelas 2x2. Quando não se verificavam as condições de aplicabilidade do teste Qui-quadrado, recorremos ao teste Exacto de Fisher. Para não sobrecarregar o texto, apresentam-se apenas os casos em que essas diferenças eram significativas ($p < 0,10$). Este critério inclui, portanto, diferenças a que corresponde um valor de $p > 0,05$, por vezes designadas como “tendencialmente significativas”. Explicaremos mais concretamente o procedimento com caso do Cartão 1, 3ª cena.

Referimo-nos apenas às diferenças significativas encontradas nas escolhas de 1ª e 3ª posição na sequência de cenas, uma vez que os resultados das diferenças de 2ª posição, para além de raros, não nos indicam muito acerca da forma como a criança elabora a situação, sendo que o início e o fim das histórias são as posições mais interessantes a serem estudadas, por serem as que mais informações nos dão acerca da forma como a criança percebe a situação e consequentemente a resolve.

Quadro 2 - Comparação de respostas relativas ao Cartão I entre Grupo de Controlo e Grupo Clínico Geral (%)

	Grupo		Total
	Controlo	Clínico	
1ª Realidade	30,0%	30,0%	30,0%
1ª Aflição	60,0%	50,0%	55,0%
1ª Fantasia	10,0%	20,0%	15,0%
2ª Realidade	40,0%	50%	55,0%
2ª Aflição	35,0%	40%	37,5%
2ª Fantasia	25,0%	10%	17,5%
3ª Realidade	85,0%	60,0%	72,5%
3ª Aflição	0,0%	25,0%	12,5%
3ª Fantasia	15,0%	15,0%	15,0%

No cartão I, que remete para a angústia e o medo da perda do objecto materno, a 3ª cena escolhida é, na quase totalidade das crianças, uma cena de Realidade. No entanto, parece que esta predominância é mais nítida no Grupo de Controlo (85,0%) do que no Grupo Clínico (60,0%). Encontra-se igualmente uma diferença, no sentido inverso, no que diz respeito à escolha de uma cena de Aflição para finalizar a história: isso ocorre em 25,0% das crianças do grupo clínico e não ocorre em nenhuma criança do grupo de controlo. Não há nenhuma diferença no que diz respeito à escolha de uma cena de Fantasia. Comparando os dois grupos quanto à frequência das cenas de Realidade com uma tabela de 2x2, verifica-se que a diferença é significativa ou “tendencialmente significativa” (Qui-quadrado= 3,14; $p=0,077$). Procedemos igualmente no que diz respeito à frequência das cenas de Aflição. Neste caso, não se verificam as condições de aplicabilidade para o teste Qui-quadrado, e recorremos ao Teste Exacto de Fisher: verifica-se que a diferença é significativa ($p=0,024$). Não faria sentido, evidentemente, testar as cenas de Fantasia já que a sua frequência é exactamente igual nos dois grupos.

Este resultado apoia a ideia de que pelo menos algumas crianças do grupo clínico não conseguem lidar com a situação de uma forma adequada, já que concluir a história com uma situação de Aflição sugere um fracasso na elaboração da ansiedade de separação.

Quadro 3 - Comparação de respostas relativas ao Cartão II entre Grupo de Controlo e Grupo Clínico Geral (%)

	Grupo		Total
	Controlo	Clínico	
1ª Realidade	40,0%	65,0%	52,5%
1ª Aflição	40,0%	30,0%	35,0%
1ª Fantasia	20,0%	5,0%	12,5%
2ª Realidade	65,0%	45,0%	55,0%
2ª Aflição	20,0%	25,0%	22,5%
2ª Fantasia	15,0%	30,0%	22,5%
3ª Realidade	20,0%	30,0%	25,0%
3ª Aflição	20,0%	20,0%	20,0%
3ª Fantasia	60,0%	50,0%	55,0%

No Cartão II, que remete para a situação de doença, a escolha, em primeira como em terceira posição, de cenas de Realidade é ligeiramente mais frequente no grupo clínico do que no grupo de controlo (onde aparecem com mais frequência cenas de Aflição ou de Fantasia). No entanto, nenhuma destas diferenças é estatisticamente significativa. Tanto no grupo de controlo, como no grupo clínico a escolha da 3ª posição é feita maioritariamente por cenas de Fantasia (60,0% no grupo de controlo e 50,0% no grupo clínico).

Quadro 4 - Comparação de respostas relativas ao Cartão III entre Grupo de Controlo e Grupo Clínico Geral (%)

	Grupo		Total
	Controlo	Clínico	
1ª Realidade	45,0%	60,0%	52,5%
1ª Aflição	30,0%	10,0%	20,0%
1ª Fantasia	25,0%	0,0%	27,5%
2ª Realidade	55,0%	75,0%	65,0%
2ª Aflição	20,0%	10,0%	15,0%
2ª Fantasia	25,0%	15,0%	20,0%
3ª Realidade	55,0%	65,0%	60,0%
3ª Aflição	15,0%	10,0%	12,5%
3ª Fantasia	30,0%	25,0%	27,5%

No Cartão III, que remete para uma situação mais prazerosa de contacto e convívio com pares, mas também para a eventual ansiedade que este contacto pode provocar, um dos aspectos que parece salientar-se é que a escolha em primeira posição de cenas de Realidade é

ligeiramente mais frequente no grupo clínico (60,0%) do que no grupo de controlo (45,0%), onde aparecem com mais frequência cenas de Aflição ou de Fantasia. No entanto nenhuma destas diferenças é estatisticamente significativa.

Quadro 5 - Comparação de respostas relativas ao Cartão IV entre Grupo de Controlo e Grupo Clínico Geral (%)

	Grupo		Total
	Controlo	Clínico	
1ª Realidade	30,0%	55,0%	42,5%
1ª Aflição	65,0%	40,0%	52,5%
1ª Fantasia	5,0%	5,0%	5,0%
2ª Realidade	45,0%	35,0%	40,0%
2ª Aflição	30,0%	40,0%	35,0%
2ª Fantasia	25,0%	25,0%	25,0%
3ª Realidade	30,0%	15,0%	22,5%
3ª Aflição	30,0%	40,0%	35,0%
3ª Fantasia	40,0%	45,0%	42,5%

No Cartão IV que remete para a vivência de pesadelos e terrores nocturnos e para a ansiedade que essa vivência pode provocar nas crianças é interessante perceber que a escolha da primeira cena revela algumas diferenças: enquanto o grupo de controlo escolhe maioritariamente cenas de Aflição (65,0%), no grupo clínico as crianças escolhem maioritariamente cenas de Realidade (55,0%). É também no grupo clínico que se verifica um resultado mais baixo no que diz respeito à forma adequada de terminar a história, sendo que apenas 15% das crianças escolhe cenas de Realidade, enquanto no grupo de controlo 30% das crianças fazem essa escolha. No entanto não existem também quaisquer diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 6 - Comparação de respostas relativas ao Cartão V entre Grupo de Controlo e Grupo Clínico Geral (%)

	Grupo		Total
	Controlo	Clínico	
1ª Realidade	60,0%	85,0%	72,5%
1ª Aflição	20,0%	0,0%	10,0%
1ª Fantasia	20,0%	15,0%	17,5%
2ª Realidade	55,0%	35,0%	45,0%
2ª Aflição	15,0%	15,0%	15,0%
2ª Fantasia	30,0%	50,0%	40,0%
3ª Realidade	15,0%	40,0%	27,5%
3ª Aflição	40,0%	10,0%	25,0%
3ª Fantasia	45,0%	50,0%	47,5%

No Cartão V, que remete para uma situação prazerosa associada ao dia de aniversário podendo estar associada ao contentamento das crianças pelo facto de ser um dia especial, verificamos que a predominância das escolhas de cenas de Realidade na primeira posição da sequência de cenas é mais nítida no grupo clínico (85,0%) do que no grupo de controlo (60,0%), sendo esta diferença tendencialmente significativa, uma vez que comparando os dois grupos quanto à frequência das cenas de Realidade com uma tabela de 2x2, verifica-se que Qui-quadrado= 3,14; $p=0,077$. Importante é, também, salientar que 20,0% das crianças do grupo de controlo escolhe cenas de Aflição, opondo a 0,0% das crianças da amostra clínica, traduzindo também esta uma diferença significativa relativa à escolha de cenas de Aflição (Qui-quadrado= 4,4; $p=0,035$), o que não seria de esperar, visto que é uma situação que remete para um acontecimento bom, agradável, e não deveria desencadear uma reacção ansiosa, revelando uma atitude negativa face à expectativa de “coisas boas” que poderão surgir.

Na escolha de cenas na terceira posição, as cenas de Realidade e Aflição são as que mostram diferenças mais nítidas sendo que 15,0% das crianças do grupo de controlo (vs. 40% do grupo clínico) escolhem cenas de Realidade; relativamente à escolha de cenas de Aflição, observa-se que 40% das crianças do grupo de controlo faz esta escolha, contra apenas 10% do grupo clínico. Com base numa tabela de frequências com a estrutura de 2X3 (2 grupos x 3 tipos de cenas) verificamos que estas diferenças são tendencialmente significativas (Qui-quadrado= 5.93; $p=0,052$).

Quadro 7 - Comparação de respostas relativas ao Cartão VI entre Grupo de Controlo e Grupo Clínico Geral (%)

	Grupo		Total
	Controlo	Clínico	
1ª Realidade	55,0%	70,0%	62,5%
1ª Aflição	20,0%	15,0%	17,5%
1ª Fantasia	25,0%	15,0%	20,0%
2ª Realidade	30,0%	35,0%	32,5%
2ª Aflição	5,0%	55,0%	55,0%
2ª Fantasia	15,0%	10,0%	12,5%
3ª Realidade	30,0%	40,0%	35,0%
3ª Aflição	30,0%	20,0%	25,0%
3ª Fantasia	40,0%	40,0%	40,0%

No Cartão VI, o qual remete para uma situação de discussão de casal e para o medo e ansiedade que a separação dos pais pode causar à criança, podemos apenas salientar que 55,0% das crianças do grupo de controlo escolhem de cenas de Realidade e que, nas crianças do grupo clínico a frequência da escolha deste tipo de cenas aumenta, sendo que 70,0% das crianças fazem esta opção, o que mais uma vez, nos remete para a ideia de que alguma incapacidade em reconhecer a ansiedade num primeiro momento. Ainda que seja maior o número de crianças do grupo clínico que faz esta escolha, não se verifica uma diferença estatisticamente significativa, uma vez que também a maioria das crianças do grupo de controlo toma essa opção.

Na terceira posição da sequência de cenas, verifica-se que as escolhas feitas entre o grupo de controlo e grupo clínico são muito semelhantes, não existindo também qualquer diferença significativa.

Quadro 8 - Comparação de respostas relativas ao Cartão VII entre Grupo de Controlo e Grupo Clínico Geral (%)

	Grupo		Total
	Controlo	Clínico	
1ª Realidade	60,0%	40,0%	50,0%
1ª Aflição	25,0%	60,0%	42,5%
1ª Fantasia	15,0%	0,0%	7,5%
2ª Realidade	65,0%	80,0%	72,5%
2ª Aflição	20,0%	20,0%	20,0%
2ª Fantasia	15,0%	0,0%	7,5%
3ª Realidade	55,0%	60,0%	57,5%
3ª Aflição	25,0%	20,0%	22,5%
3ª Fantasia	20,0%	20,0%	20,0%

No cartão que remete para a vivência escolar nomeadamente para a situação de não conseguir resolver uma tarefa neste contexto, percebemos que existem diferenças relativas à escolha da 1ª cena uma vez que 60,0% das crianças do grupo clínico inicia a história com cenas de Aflição, contra apenas 2,05% de crianças do grupo de controlo a fez esta mesma escolha. Depois de recorrer ao teste do Qui-quadrado, verificamos que estas diferenças são significativas (Qui-quadrado=5,015; $p=0,025$). Também na escolha de cenas de Realidade e de Fantasia se verificam algumas diferenças, sendo que o grupo clínico escolhe com menor frequência este tipo de cenas. No entanto, estão não são diferenças significativas.

Quadro 9 - Comparação de respostas relativas ao Cartão VIII entre Grupo de Controlo e Grupo Clínico Geral (%)

	Grupo		Total
	Controlo	Clínico	
1ª Realidade	60,0%	70,0%	65,0%
1ª Aflição	30,0%	15,0%	22,5%
1ª Fantasia	10,0%	15,0%	12,5%
2ª Realidade	65,0%	45,0%	55,0%
2ª Aflição	30,0%	40,0%	35,0%
2ª Fantasia	5,0%	15,0%	10,0%
3ª Realidade	65,0%	80,0%	72,5%
3ª Aflição	10,0%	5,0%	7,5%
3ª Fantasia	25,0%	15,0%	20,0%

No Cartão VIII, que remete para o confronto com as normas parentais e também com a culpabilidade, podemos observar que 30,0% das crianças do grupo controlo escolhe cenas

Aflicção na primeira cena, reconhecendo, portanto, a ansiedade neste primeiro momento, enquanto no grupo clínico isso apenas acontece em 15,0% das crianças.

Quanto à resolução da situação, observamos que, na maioria das crianças parece existir uma resolução adequada (com cenas de Realidade), no entanto observamos que isto acontece com maior frequência no grupo clínico (80,0%) do que no grupo de controlo (65,0%).

Ainda assim, estas não são diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 10 - Comparação de respostas relativas ao Cartão IX entre Grupo de Controlo e Grupo Clínico Geral (%)

	Grupo		Total
	Controlo	Clínico	
1ª Realidade	55,0%	80,0%	67,5%
1ª Aflicção	35,0%	10,0%	22,5%
1ª Fantasia	10,0%	10,0%	10,0%
2ª Realidade	55,0%	70,0%	62,5%
2ª Aflicção	20,0%	15,0%	17,5%
2ª Fantasia	25,0%	15,0%	20,0%
3ª Realidade	55,0%	65,0%	60,0%
3ª Aflicção	30,0%	5,0%	17,5%
3ª Fantasia	15,0%	30,0%	22,5%

No Cartão IX, que remete para a rivalidade fraterna verificamos que as crianças do grupo de controlo têm maior facilidade em reconhecer a situação ansiosa, escolhendo mais cenas de Aflicção na primeira posição (35,0%), quando comparadas com as crianças do grupo clínico (10,0%). Também a escolha de cenas de Realidade, neste primeiro momento, revela algumas diferenças sendo que as crianças do grupo clínico escolhem com mais frequência cenas deste tipo (80,0%) do que as crianças do grupo de controlo (55,0%). Depois de recorrer ao teste do Qui-quadrado numa tabela de 2x3, verificamos que estas diferenças são tendencialmente significativas tanto no caso da escolha de cenas de Aflicção (Teste Exacto de Fisher=0,064), como nas cenas de Realidade (Qui-quadrado=2,849; $p=0,091$).

Na escolha final da história verifica-se que o número de crianças que termina com cenas de Aflicção no grupo de controlo (30,0%) é maior do que o que acontece no grupo de crianças do grupo clínico (5,0%). Também esta é uma diferença significativa (Teste Exacto de Fisher=0,046).

3.2. Comparação entre Grupo de Controlo e Grupo Clínico indicado com Perturbação de Comportamento em função do Cartão

Nos Quadros 11 e 12 apresentam-se as diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de controlo (n=20) e o grupo clínico (n=9) indicado com Perturbação de Comportamento pelas Psicólogas dos serviços de Psicologia dos Centros de Saúde que integraram o estudo. Neste caso encontrámos muito menos diferenças significativas, o que pode também ser devido à reduzida dimensão do grupo clínico. Para não sobrecarregar o texto, apresentamos apenas os resultados relativos aos cartões e às escolhas em que encontrámos diferenças significativas.

Quadro 11 - Comparação de respostas relativas ao Cartão I, 3ª Cena – Grupo de Controlo e Grupo Clínico indicado com Perturbação de Comportamento (%)

	Grupo		Total
	Controlo	P. Comportamento_Psic.	
3ª Realidade	85,0%	66,7%	79,3%
3ª Aflição	0,0%	22,2%	6,9%
3ª Fantasia	15,0%	11,1%	13,8%

Na 3ª escolha de posição do cartão I encontram-se diferenças significativas relativas à escolha de cenas de Aflição (Teste Exacto de Fisher= 0,089). 22,2% das crianças indicadas com perturbação de comportamento termina a história em cenas de Aflição, enquanto isso não acontece (0,0%) nas crianças do grupo de controlo.

Isto indica que face a este cartão que remete para a ansiedade de separação é mais provável que crianças que sofrem de tal perturbação terminem as histórias de forma mais desadequada.

Quadro 12 - Comparação de respostas relativas ao Cartão VII, 1ª Cena – Grupo de Controlo e Grupo Clínico indicado com Perturbação de Comportamento (%)

	Grupo		Total
	Controlo	P. Comportamento_Psic.	
1ª Realidade	60,0%	33,3%	51,7%
1ª Aflição	25,0%	66,7%	37,9%
1ª Fantasia	15,0%	0,0%	10,3%

Relativamente ao CartãoVII, 66,7% das crianças indicadas com Perturbação de Comportamento optam por começar a história com cenas de Aflição e, no grupo de controlo, apenas 25,0% das crianças faz essa escolha, traduzindo isto diferenças significativas relativas à escolha da cenas de Aflição a ocupar a 1ª posição (Teste Exacto de Fisher= 0.043).

Estes resultados apontam para a possibilidade de, neste caso relativo à incapacidade de resolver tarefas escolares, as crianças do grupo de controlo terem um maior grau de incapacidade de reconhecer a ansiedade num primeiro momento.

3.3. Comparação entre Grupo de Controlo e Grupo Clínico indicado com Perturbação de Ansiedade em função do Cartão

Nos Quadros 13, 14, 15, e 16 apresentam-se as diferenças estatisticamente significativas entre o Grupo de controlo (N=20) e o grupo clínico indicado com Perturbação de Ansiedade (N=7) pelas Psicólogas dos serviços de Psicologia dos Centros de Saúde que integraram o estudo.

Quadro 13 - Comparação de respostas relativas ao Cartão I, 3ª Cena - Grupo de Controlo e Grupo Clínico indicado com Perturbação Ansiedade (%)

	Grupo		Total
	Controlo	P. Ansiedade_Psic.	
3ª Realidade	85,0%	71,4%	81,5%
3ª Aflição	0,0%	28,6%	7,4%
3ª Fantasia	15,0%	0,0%	11,1%

Na escolha da cena para 3ª posição do Cartão I, 28,6% das crianças indicadas com perturbação de ansiedade terminam a história em Aflição enquanto no grupo de controlo isso não acontece (0,0%). Esta é portanto, uma diferenças tendencialmente significativas, relativas à escolha de cenas de Aflição (Teste Exacto de Fisher=0,060).

Quadro 14 - Comparação de respostas relativas ao Cartão IV, 1ª Cena - Grupo de Controlo e Grupo Clínico indicado com Perturbação Ansiedade (%)

	Grupo		Total
	Controlo	P. Ansiedade_Psic.	
1ª Realidade	30,0%	100,0%	48,1%
1ª Aflição	65,0%	0,0%	48,1%
1ª Fantasia	5,0%	0,0%	3,7%

No Cartão IV, observamos que no grupo indicado com perturbação de ansiedade 100,0% das crianças optaram por escolher cenas de Realidade para a primeira posição da sequência enquanto no grupo de controlo apenas 30,0% das crianças o fizeram, traduzindo estes resultados diferenças estatisticamente significativas nas escolhas de cenas de Realidade (Teste Exacto de Fisher= 0,002). Quanto à escolha de cenas de Aflição observamos que acontece em 65,0% das crianças do grupo de controlo, não acontecendo (0,0%) nas crianças indicadas com perturbação de ansiedade, sendo também esta uma diferença significativa (Teste Exacto de Fisher= 0,004).

Estes resultados indicam-nos que as crianças indicadas com perturbação de ansiedade não reconhecem a ansiedade na situação de terrores nocturnos, enquanto a maioria das crianças do grupo de controlo consegue reconhecer essa mesma ansiedade, iniciando a história com cenas de Aflição.

Quadro 15 - Comparação de respostas relativas ao Cartão V, 3ª Cena - Grupo de Controlo e Grupo Clínico indicado com Perturbação Ansiedade (%)

	Grupo		Total
	Controlo	P. Ansiedade_Psic.	
3ª Realidade	15,0%	85,7%	33,3%
3ª Aflição	40,0%	0,0%	29,6%
3ª Fantasia	45,0%	14,3%	37,0%

Também no Cartão V, relativo a uma situação de prazer (dia dos anos), observamos que o grupo de crianças da amostra clínica opta, quase na sua totalidade (85,7%, Vs. 15,0% do grupo de controlo) por terminar a história com cenas de Realidade, enquanto no grupo de controlo parece existir preferência pelas cenas de Aflição (40% Vs. 0,0% do grupo clínico) e Fantasia (45,0% Vs. 14,3% do grupo clínico). Existem, assim, diferenças estatisticamente significativas na escolha de cenas de Realidade para a 3ª posição (Teste Exacto de Fisher= 0,002) e tendencialmente significativas para a escolha de cenas de Aflição na mesma posição (Teste Exacto de Fisher=0,057).

Quadro 16 - Comparação de respostas relativas ao Cartão VII, 1ª Cena - Grupo de Controlo e Grupo Clínico indicado com Perturbação Ansiedade (%)

	Grupo		Total
	Controlo	P. Ansiedade_Psic.	
1ª Realidade	60,0%	14,3%	48,1%
1ª Aflição	25,0%	85,7%	40,7%
1ª Fantasia	15,0%	0,0%	11,1%

No Cartão VII, na escolha da primeira cena observamos que no grupo de controlo, a maioria das crianças (60,0%) começa a história com cenas de Realidade (Vs. 14,3% das crianças do grupo clínico), enquanto no grupo de crianças com perturbação de ansiedade, a maioria das crianças começa a história com cenas de Aflição (85,7% Vs. 25,0% do grupo de controlo). Isto revela diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito tanto à escolha de cenas de Realidade (Teste Exacto de Fisher=0,048) como à escolha cenas de Aflição (Teste Exacto de Fisher=0,009) na primeira posição da sequência de cenas.

3.4. Comparação entre Grupo de Controlo e Grupo Clínico indicado com Perturbação Depressiva em função do Cartão

Nos Quadros 17 e 18 apresentam-se as diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de controlo (N=20) e o grupo clínico indicado com Perturbação Depressiva (N=4) pelas Psicólogas dos serviços de Psicologia dos Centros de Saúde que integraram o estudo.

Quadro 17 - Comparação de respostas relativas ao Cartão I, 1ª Cena – Grupo de Controlo Vs. Grupo Clínico indicado com Perturbação Depressiva (%)

	Grupo		Total
	Controlo	P. Depressiva_Psic.	
1ª Realidade	30,0%	25,0%	29,2%
1ª Aflição	60,0%	0,0%	50,0%
1ª Fantasia	10,0%	75,0%	20,8%

No Cartão I, na escolha da primeira cena, verificamos que enquanto 60,0% das crianças do grupo de controlo opta por começar a história com cenas de Aflição, reconhecendo portanto a ansiedade causada pela situação, as crianças indicadas com perturbação depressiva opta por não o fazer (0,0%), escolhendo, preferencialmente cenas de Fantasia (75,0% Vs.

10,0% de crianças do grupo de controlo). Estas são, portanto, diferenças significativas, relativas à escolha de cenas de Aflição (Teste Exacto de Fisher=0,047) e de Fantasia (Teste Exacto de Fisher= 0,018).

Quadro 18 - Comparação de respostas relativas ao Cartão I, 3ª Cena - Grupo de Controlo Vs. Grupo Clínico indicado com Perturbação Depressiva (%)

	Grupo		Total
	Controlo	P. Depressiva_Psic.	
3ª Realidade	85,0%	25,0%	75,0%
3ª Aflição	0,0%	25,0%	4,2%
3ª Fantasia	15,0%	50,0%	20,8%

Na escolha da 3ª posição do Cartão I, a maioria das crianças do grupo de controlo (85,0%) escolhe cenas de Realidade, ao contrário do que acontece com as crianças indicadas com perturbação depressiva, em que apenas 25,0% das crianças toma essa opção. Isto revela diferenças significativas apenas na escolha de cenas de Realidade (Teste Exacto de Fisher=0,035).

Tais resultados demonstram que as crianças do grupo de controlo terminam a história de uma forma mais adequada do que as crianças indicadas com perturbação depressiva, tal como seria de esperar.

3.5. Comparação entre Grupo com Perturbação Emocional (avaliada pelos Inventários de M. Rutter para Pais e para professores) e Grupo que não apresenta Perturbação Emocional

Também os resultados dos Inventários de M. Rutter nos permitem identificar crianças com problemas emocionais. Assim, considerou-se comparar as crianças que obtiveram resultados que indicam algum tipo de perturbação emocional, com as crianças que não apresentam resultados significativos neste Inventário.

Com base nos Inventários de M. Rutter, encontraram-se 20 crianças com Perturbação Emocional (sendo o grupo de controlo constituído igualmente por 20 crianças).

Os Quadros 19, 20, 21 e 22 apresentam os resultados significativos encontrados na comparação entre estes dois grupos.

Quadro 19 - Comparação de respostas relativas ao Cartão III, 1ª Cena - Grupo sem Pert. Emocional Vs. Grupo com Pert. Emocional (%)

	Grupo		Total
	Sem Pert. Emocional	Com Pert. Emocional	
1ª Realidade	35,0%	70,0%	52,5%
1ª Aflição	30,0%	10,0%	20,0%
1ª Fantasia	35,0%	20,0%	27,5%

No Cartão III, que, por um lado pode remeter para uma situação mais prazerosa de contacto e convívio com pares, mas por outro, também para a eventual ansiedade que este contacto pode provocar, a escolha da 1ª cena revelou algumas diferenças significativas quanto à escolha de cenas de Realidade (Qui quadrado=4,91; $p=0,028$), uma vez que enquanto as crianças com Perturbação Emocional, na sua maioria (70,0%) opta por escolher cenas de Realidade, as crianças sem Perturbação emocional está muito dividida entre cenas de Realidade (35,0%), Aflição (30,0%) e Fantasia (35,0%).

Quadro 20 - Comparação de respostas relativas ao Cartão IV, 3ª Cena - Grupo sem Pert. Emocional Vs. Grupo com Pert. Emocional (%)

	Grupo		Total
	Sem Pert. Emocional	Com Pert. Emocional	
3ª Realidade	30,0%	15,0%	22,5%
3ª Aflição	50,0%	20,0%	35,0%
3ª Fantasia	20,0%	65,0%	42,5%

No Cartão IV, observamos que 50,0% das crianças sem perturbação emocional opta por terminar a história em cenas de Aflição (opondo a 20,0% das crianças com perturbação emocional) sendo que, as crianças com perturbação emocional optam maioritariamente por terminar a história com cenas de Fantasia (65,0% Vs. 20,0% do grupo clínico). Comparando os dois grupos quanto à frequência das cenas de Realidade com uma tabela de 2x3, verifica-se que as diferenças relativas às cenas de Aflição têm um qui quadrado= 3,96; $p=0,047$; e as de Fantasia qui quadrado= 8,27; $p=0,004$.

Concluimos, portanto, que neste cartão nenhum dos grupos termina a história de uma forma completamente adequada.

Quadro 21 - Comparação de respostas relativas ao Cartão V, 1ª Cena - Grupo sem Pert. Emocional Vs. Grupo com Pert. Emocional (%)

	Grupo		Total
	Sem Pert. Emocional	Com Pert. Emocional	
1ª Realidade	55,0%	90,0%	72,5%
1ª Aflição	20,0%	0,0%	10,0%
1ª Fantasia	25,0%	10,0%	17,5%

Na escolha da 1ª cena do Cartão V, 90,0% das crianças com perturbação emocional opta por começar a história com cenas de Realidade, contra apenas 55,0% das crianças sem perturbação emocional, o que, obviamente traduz uma diferença significativa (Qui quadrado= 6, 14; $p=0,013$). Sendo que se trata de uma situação que remete para o prazer (dia dos anos), não parece ser um início de história desadequado.

Será mais difícil de explicar o motivo que leva 20,0% das crianças sem perturbação emocional a iniciar a história com cenas de Aflição, contra 0,0% das crianças com perturbação emocional, o que também traduz uma diferença tendencialmente significativa quanto à escolha de cenas de Aflição (Teste Exacto de Fisher= 0,053).

Quadro 22 - Comparação de respostas relativas ao Cartão IX, 3ª Cena - Grupo sem Pert. Emocional Vs. Grupo com Pert. Emocional (%)

	Grupo		Total
	Sem Pert. Emocional	Com Pert. Emocional	
3ª Realidade	55,0%	65,0%	60,0%
3ª Aflição	30,0%	5,0%	17,5%
3ª Fantasia	15,0%	30,0%	22,5%

Na escolha da 3ª cena do Cartão IX, as crianças sem perturbação emocional acabam a história em Aflição (30,0%) mais frequentemente do que as crianças com perturbação emocional (5,0%). Existem, portanto resultados significativos, relativos à escolha de cenas de Aflição (Teste Exacto de Fisher=0,046).

3.6. Comparação entre Grupo com Perturbação de Ansiedade (avaliada pela Escala de Ansiedade “O que eu penso e o que eu sinto”) e Grupo que não apresenta Perturbação de Ansiedade

Ao aplicar a escala de Ansiedade Manifesta para Crianças “O que eu penso e o que eu sinto” encontrámos, na totalidade, 15 crianças com perturbação de ansiedade. Comparámos então também os resultados entre o grupo de crianças com esta perturbação e grupo de crianças em que tal não se verifica (N=25).

Os Quadros 23, 24, 25 e 26 apresentam as diferenças significativas encontradas nestas comparações.

Quadro 23 - Comparação de respostas relativas ao Cartão II, 1ª Cena - Grupo sem Pert. de Ansiedade Vs. Grupo com Pert. de Ansiedade (%)

	Grupo		Total
	Sem Pert. Ansiedade	Com Pert. Ansiedade	
1ª Realidade	56,0%	46,7%	52,5%
1ª Aflição	40,0%	26,7%	35,0%
1ª Fantasia	4,0%	26,7%	12,5%

Na escolha da primeira posição do Cartão II, observamos que as crianças com perturbação de ansiedade iniciam a história com cenas de Fantasia (26,7%) mais frequentemente do que as crianças sem perturbação (4,0%). Isto revela uma diferença tendencialmente significativa (Teste Exacto de Fisher=0,056) na escolha de cenas de Fantasia.

Quadro 24 - Comparação de respostas relativas ao Cartão IV, 3ª Cena - Grupo sem Pert. de Ansiedade Vs. Grupo com Pert. de Ansiedade (%)

	Grupo		Total
	Sem Pert. Ansiedade	Com Pert. Ansiedade	
3ª Realidade	32,0%	6,7%	22,5%
3ª Aflição	36,0%	33,3%	35,0%
3ª Fantasia	32,0%	60,0%	42,5%

No final da história do cartão IV, as crianças sem perturbação de ansiedade escolhem cenas de Realidade (32,0%), mais frequentemente do que as crianças com perturbação (6,7%). Relativamente ao término da história em Fantasia, verifica-se exactamente o

contrário (grupo de crianças sem perturbação de ansiedade, 32,0% Vs. grupo de crianças com perturbação de ansiedade, 60,0%). Isto permite-nos identificar diferenças tendencialmente significativas relativas à escolha de cenas de Realidade (Teste Exacto de Fisher= 0,067) e de Fantasia (Qui-quadrado= 3,01; p=0,080) .

Quadro 25 - Comparação de respostas relativas ao Cartão VIII, 1ª Cena - Grupo sem Pert. de Ansiedade Vs. Grupo com Pert. de Ansiedade (%)

	Grupo		Total
	Sem Pert. Ansiedade	Com Pert. Ansiedade	
1ª Realidade	72,0%	53,3%	65,0%
1ª Aflição	24,0%	20,0%	22,5%
1ª Fantasia	4,0%	26,7%	12,5%

No Cartão VIII, relativo ao confronto com as normas parentais, observamos que as crianças com perturbação de Ansiedade terminam a história em cenas de Fantasia (26,7%) mais frequentemente do que as crianças sem esta perturbação (4,0%), o que traduz diferenças tendencialmente significativas, no que diz respeito à escolha de cenas de Fantasia na primeira posição (Teste Exacto de Fisher= 0,056).

Quadro 26 - Comparação de respostas relativas ao Cartão IX, 1ª Cena - Grupo sem Pert. de Ansiedade Vs. Grupo com Pert. de Ansiedade (%)

	Grupo		Total
	Sem Pert. Ansiedade	Com Pert. Ansiedade	
1ª Realidade	60,0%	80,0%	67,5%
1ª Aflição	32,0%	6,7%	22,5%
1ª Fantasia	8,0%	13,3%	10,0%

Na escolha da primeira cena do cartão IX, os resultados indicam-nos que as crianças sem perturbação de ansiedade tendem a escolher cenas de Aflição na primeira escolha (32,0%) mais frequentemente do que as crianças com perturbação (6,7%), o que se traduz numa diferença tendencialmente significativas (Teste Exacto de Fisher= 0,067).

3.7. Comparação entre Grupo com Perturbação Depressiva (avaliada pela CES-DC) e Grupo que não apresenta Perturbação Depressiva

Também a partir dos resultados obtidos pela aplicação da CES-DC conseguimos identificar crianças com ou sem perturbação depressiva.

Uma vez que a mediana de resultados da CES-DC foi 9, considerou-se que crianças que obtiveram resultados superiores a esse valor, sofreriam de tal perturbação.

Encontraram-se, assim, 17 crianças com Perturbação Depressiva, sendo, desta vez, o grupo de controlo constituído por 23 crianças.

Aqui se apresentam as diferenças significativas desta comparação (Quadros 27, 28, 29, 30, 31, 32 e 33).

Quadro 27 - Comparação de respostas relativas ao Cartão II, 1ª Cena - Grupo sem Pert. Depressiva Vs. Grupo com Pert. Depressiva (%)

	Grupo		Total
	Sem Pert. Depressiva	Com Pert. Depressiva	
1ª Realidade	43,5%	64,7%	52,5%
1ª Aflição	47,8%	17,6%	35,0%
1ª Fantasia	8,7%	17,6%	12,5%

Na escolha da primeira cena do cartão II, existem diferenças significativas quanto à frequência de escolhas de cenas de Aflição (Qui-quadrado=3,91; $p=0,048$). Tal diferença deve-se ao facto das crianças sem perturbação depressiva escolherem mais frequentemente cenas de Aflição (47,8%) do que as crianças sem perturbação (17,6%)

Quadro 28 - Comparação de respostas relativas ao Cartão IV, 1ª Cena - Grupo sem Pert. Depressiva Vs. Grupo com Pert. Depressiva (%)

	Grupo		Total
	Sem Pert. Depressiva	Com Pert. Depressiva	
1ª Realidade	32,3%	77,8%	42,5%
1ª Aflição	61,3%	22,2%	52,5%
1ª Fantasia	6,5%	0,0%	5,0%

Na escolha da 1ª posição do cartão IV, verificamos que 61,3% das crianças sem perturbação depressiva escolhe cenas de Aflição para começar a história, enquanto no grupo

de crianças com perturbação depressiva isso apenas acontece em 22,2% das crianças. Verificamos também que as crianças com perturbação depressiva optam por começar a história com cenas de Realidade (77,8%), mais frequentemente do que as crianças sem esta perturbação (32,3%), o que nos indica que, de facto, a maioria das crianças com perturbação depressiva não reconhece a ansiedade envolvida nesta situação.

Estes resultados indicam-nos que existem diferenças tendencialmente significativas, relativas à escolha de cenas de Realidade (Qui-quadrado=3,22;p= 0,073) e cenas de Aflição (Qui-quadrado= 3,51; p= 0,061) na 1ª posição do Cartão IV.

Quadro 29 - Comparação de respostas relativas ao Cartão V, 1ª Cena - Grupo sem Pert. Depressiva Vs. Grupo com Pert. Depressiva (%)

	Grupo		Total
	Sem Pert. Depressiva	Com Pert. Depressiva	
1ª Realidade	73,9%	70,6%	72,5%
1ª Aflição	17,4%	0,0%	10,0%
1ª Fantasia	8,7%	29,4%	17,5%

No início da história do cartão V, observamos que as crianças sem perturbação depressiva tendem a escolher mais frequentemente cenas de Aflição (17,4%), enquanto no grupo das crianças com perturbação isso não acontece (0,0%). Isto indica-nos diferenças tendencialmente significativas quanto à escolha de cenas de Aflição na 1ª posição do Cartão V (Teste Exacto de Fisher= 0,097).

Quadro 30 - Comparação de respostas relativas ao Cartão V, 3ª Cena - Grupo sem Pert. Depressiva Vs. Grupo com Pert. Depressiva (%)

	Grupo		Total
	Sem Pert. Depressiva	Com Pert. Depressiva	
3ª Realidade	17,4%	41,2%	27,5%
3ª Aflição	34,8%	11,8%	25,0%
3ª Fantasia	47,8%	47,1%	47,5%

Ainda no Cartão V, também no final da história se observam diferenças tendencialmente significativas quanto à escolha de cenas de Realidade (Teste Exacto de Fisher=0,096) e de cenas de Aflição (Teste Exacto de Fisher=0,096). Relativamente à escolha de cenas de Realidade, observamos que são as crianças do grupo com perturbação depressiva que tendem a escolhê-las com mais frequência (41,2% Vs. 17,4% no grupo de crianças sem

perturbação depressiva). O contrário acontece com a escolha de cenas de Aflição, em que são as crianças sem perturbação depressiva que as escolhem com maior frequência (34,8% Vs. 11,8% do grupo com perturbação depressiva).

Quadro 31 - Comparação de respostas relativas ao Cartão VI, 3ª Cena - Grupo sem Pert. Depressiva Vs. Grupo com Pert. Depressiva (%)

	Grupo		Total
	Sem Pert. Depressiva	Com Pert. Depressiva	
3ª Realidade	30,4%	41,2%	35,0%
3ª Aflição	17,4%	35,3%	25,0%
3ª Fantasia	52,2%	23,5%	40,0%

Na escolha de cenas do final do Cartão VI, observamos que as crianças sem perturbação depressiva tendem a terminar a história mais frequentemente em cenas de Fantasia (52,2%), do que as crianças com perturbação (23,5%), o que revela diferenças tendencialmente significativas relativas às cenas de Fantasia (Qui-quadrado= 3,33; $p=0,068$).

Quadro 32 - Comparação de respostas relativas ao Cartão VIII, 3ª Cena - Grupo sem Pert. Depressiva Vs. Grupo com Pert. Depressiva (%)

	Grupo		Total
	Sem Pert. Depressiva	Com Pert. Depressiva	
3ª Realidade	78,3%	64,7%	72,5%
3ª Aflição	0,0%	17,6%	7,5%
3ª Fantasia	21,7%	17,6%	20,0%

No final da história do Cartão VIII, observamos que as crianças com perturbação depressiva tendem a acabar a história em cenas de Aflição (17,6%) mais frequentemente do que as crianças sem perturbação (0,0%), sendo esta uma diferença significativa (Teste Exacto de Fisher=0,069).

Quadro 33 - Comparação de respostas relativas ao Cartão IX, 3ª Cena - Grupo sem Pert. Depressiva Vs. Grupo com Pert. Depressiva (%)

	Grupo		Total
	Sem Pert. Depressiva	Com Pert. Depressiva	
3ª Realidade	56,5%	64,7%	60,0%
3ª Aflição	30,4%	0,0%	17,5%
3ª Fantasia	13,0%	35,3%	22,5%

A escolha de cena da terceira posição do Cartão IX revela uma diferença bastante evidente, uma vez que 30,4% das crianças sem perturbação depressiva termina a história em cenas de Aflição, quando tal não acontece em crianças com perturbação (0,0%) (Teste Exacto de Fisher=0,013), sendo este um resultado que não seria de esperar.

3.8. Comparação das Estratégias de Elaboração da Ansiedade (EEA) entre Grupo de Controlo e Grupo Clínico Geral em função do Cartão

De seguida apresentam-se as comparações dos resultados obtidos (em %) das EEA utilizadas pelo grupo de controlo e pelo grupo clínico, em cada Cartão.

Devido à limitação do espaço, apresentaremos apenas a comparação entre o grupo de controlo e o grupo clínico geral.

Quadro 34 - Comparação das EEA utilizadas no Cartão I (%)

	Grupo		Total
	Controlo	Clínico	
Negação	15,0%	15,0%	15,0%
Impossibilidade	0,0%	25,0%	12,0%
EAO	70,0%	55,0%	62,5%
EEE	15,0%	5,0%	10%

No que respeita à caracterização das EEA utilizadas no cartão I, a estratégia EAO é utilizada mais frequentemente pelo grupo de controlo (70,0%) do que pelo grupo clínico (55%), no entanto esta não é uma diferença significativa. Observamos, também que o grupo clínico tende a utilizar mais frequentemente a estratégia de Impossibilidade (25,0%) do que o grupo de controlo (0%), sendo esta uma diferença estatisticamente significativa (Teste Exacto de Fisher=0,024).

Quadro 35 - Comparação das EEA utilizadas no Cartão II (%)

	Grupo		Total
	Controlo	Clínico	
Negação	10,0%	10,0%	10,0%
Impossibilidade	20,0%	30,0%	25,0%
EAO	10,0%	15,0%	12,5%
EEE	60,0%	45,0%	52,5%

Relativamente às EEA utilizadas no Cartão II, observamos que as crianças do grupo de controlo tendem a utilizar mais as EEE (60,0%) do que as crianças do grupo clínico (45,0%),

sendo que, de forma geral, neste cartão é exactamente esta a estratégia mais utilizada. Ainda assim, não existem quaisquer diferenças significativas entre cada um dos grupos.

Quadro 36 - Comparação das EEA utilizadas no Cartão III (%)

	Grupo		Total
	Controlo	Clínico	
Negação	5,0%	5,0%	5,%
Impossibilidade	15,0%	10,0%	12,5%
EAO	20,0%	25,0%	22,5%
EEE	60,0%	60,0%	60%

No Cartão III, a estratégia mais utilizada foi também a EEE, sendo que, todas as estratégias foram utilizadas de uma forma muito semelhante entre cada um dos grupos, não existindo, portanto qualquer diferença significativa.

Quadro 37 - Comparação das EEA utilizadas no Cartão IV (%)

	Grupo		Total
	Controlo	Clínico	
Negação	25,0%	30,0%	27,5%
Impossibilidade	35,0%	45,0%	40,0%
EAO	25,0%	10,0%	17,5%
EEE	15,0%	15,0%	15,0%

No Cartão IV, observamos que as crianças do grupo de controlo utilizam mais a EAO (25,0%) do que as crianças do grupo clínico (10,0%). Ainda assim, esta diferença não é estatisticamente significativa. As restantes estratégias são utilizadas de uma forma muito semelhante em cada um dos grupos, no entanto, observamos que de uma forma geral, as crianças do grupo clínico tendem a utilizar as estratégias mais primitivas (Negação e Impossibilidade) do que as crianças do grupo de controlo.

Quadro 38 - Comparação das EEA utilizadas no cartão V (%)

	Grupo		Total
	Controlo	Clínico	
Negação	0,0%	5,0%	2,5%
Impossibilidade	40,0%	10,0%	25,0%
EAO	0,0%	0,0%	0,0%
EEE	60,0%	85,0%	72,5%

No Cartão V, verificamos que as crianças do grupo clínico tendem a utilizar mais a estratégia EEE (85,0%) do que as crianças do grupo de controlo (60,0%), traduzindo este resultado uma diferença tendencialmente significativa (Qui-quadrado=3,14; $p=0,077$). Também na estratégia de Impossibilidade se verificam algumas diferenças significativas (Qui-quadrado=4,80; $p=0,028$), uma vez que as crianças do grupo de controlo (40,0%) utilizam mais esta estratégia do que as crianças do grupo clínico (10,0%).

Quadro 39 - Comparação das EEA utilizadas no cartão VI (%)

	Grupo		Total
	Controlo	Clínico	
Negação	5,0%	25,0%	15,0%
Impossibilidade	60,0%	55,0%	57,5%
EAO	5,0%	0,0%	2,5%
EEE	30,0%	20,0%	25,0%

No Cartão VI, verificamos que, as crianças do grupo de controlo, utilizam mais frequentemente as estratégias mais elaboradas, ou seja, a EAO (5,0% Vs. 0,0% das crianças do grupo clínico) e a EEE (30% Vs. 20% das crianças do grupo clínico). Verificamos também que as crianças do grupo clínico tendem a utilizar mais frequentemente a estratégia Negação (25,0%) dos que as crianças do grupo de controlo (5,0%).

Quadro 40 - Comparação das EEA utilizadas no Cartão VII (%)

	Grupo		Total
	Controlo	Clínico	
Negação	20,0%	20,0%	20,0%
Impossibilidade	20,0%	25,0%	22,5%
EAO	55,0%	55,0%	55,0%
EEE	5,0%	0,0%	2,5%

No cartão VII a utilização das estratégias é muito semelhante em cada um dos grupos, pelo que não existem diferenças significativas. Ainda assim, notamos que a estratégia EEE não é utilizada nas crianças do grupo clínico, enquanto no grupo de controlo, uma pequena percentagem das crianças a utiliza (5,0%); e que as crianças do grupo clínico utilizam mais frequentemente a estratégia Impossibilidade (25,0%) do que as crianças do grupo de controlo (20,0%).

Quadro 41 - Comparação das EEA utilizadas no cartão VIII (%)

	Grupo		Total
	Controlo	Clínico	
Negação	25,0%	15,0%	20,0%
Impossibilidade	45,0%	40,0%	42,5%
EAO	30,0%	30,0%	30,0%
EEE	0,0%	15,0%	7,5%

No Cartão VIII, verificamos também algumas diferenças ainda que não sejam estatisticamente significativas. De uma forma geral, neste caso, as crianças do grupo clínico utilizam mais frequentemente a estratégia EEE (15,0%) do que as crianças do grupo de controlo (0,0%). De resto, todas as outras estratégias são utilizadas de uma forma muito semelhante entre os grupos.

Quadro 42 - Comparação das EEA utilizadas no cartão IX (%)

	Grupo		Total
	Controlo	Clínico	
Negação	20,0%	30,0%	25,0%
Impossibilidade	30,0%	5,0%	17,5%
EAO	40,0%	50,0%	45,0%
EEE	10,0%	15,0%	12,5%

No Cartão IX, a diferenças mais saliente é relativa à estratégia Impossibilidade, em que podemos observar que é mais frequentemente utilizada pelas crianças do grupo de controlo (30,0%) do que pelas crianças do grupo clínico (5,0%). No entanto, podemos observar também, que relativamente à estratégia Negação, são as crianças do grupo clínico que a utilizam mais frequentemente (30,0% Vs. 20,0% das crianças do grupo de controlo). No entanto, estas diferenças não são estatisticamente significativa. As restantes estratégias são utilizadas de forma semelhante entre os grupos.

Capítulo 4: Discussão

De seguida, serão discutidos os resultados obtidos no presente estudo (apresentados no Capítulo anterior), os quais incidem nas respostas à Prova “Era uma vez...” (1992) entre os diferentes grupos de crianças.

Quanto às diferenças observadas de uma forma mais geral (Grupo de Controlo Vs. Grupo Clínico), observamos que as crianças do grupo de controlo tendem a começar as histórias por cenas de Aflição mais frequentemente do que as crianças do grupo clínico. Isto acontece nos Cartões I, II, IV, VI, VIII e IX. Estes resultados indicam que, de uma forma geral, as crianças do grupo de controlo conseguem reconhecer a ansiedade num primeiro momento, mais facilmente do que acontece com as crianças do grupo clínico. Também nos Cartões III e V, as crianças do grupo de controlo começam por cenas de Aflição mais frequentemente do que as crianças do grupo clínico. No entanto, nestes dois cartões, a interpretação não poderá ser feita da mesma maneira, uma vez que estes são cartões que remetem para situações de prazer (convívio com os pares e dia dos anos, respectivamente). Ainda assim, podemos pensar, relativamente ao Cartão III, que a situação poderá, no início, provocar alguma ansiedade e, como tal, a escolha de cenas de Aflição não parece ser totalmente desadequada.

Quanto ao terminar das histórias, obtemos resultados mais inesperados. O final das histórias dos Cartões III, V, VI, VII, VIII e IX parece ser mais desadequado nas crianças do grupo de controlo, sendo que foram estas crianças que terminaram as histórias em cenas de Aflição mais frequentemente. Apenas nos Cartões I e IV se verifica a sua maior capacidade em fazer face à situação ansiosa, com escolhas de Realidade, em comparação com as crianças do grupo clínico. No Cartão II, a forma de terminar a história é muito semelhante entre os dois grupos, sendo as cenas de Fantasia mais escolhidas, podendo esta escolha traduzir os benefícios secundários da situação de doença (como receber prendas e ter mais atenção).

Como referido anteriormente, o grupo clínico foi composto por crianças com perturbações de comportamento, perturbações de ansiedade e perturbações depressivas, indicadas pelas psicólogas dos serviços de Psicologia onde recorremos. Assim, subdividimos o grupo clínico inicial nestas três problemáticas e encontramos algumas diferenças significativas descritas no ponto anterior. Comparámos também as crianças que revelaram ter essas mesmas problemáticas (através dos instrumentos utilizados) com as crianças que não obtiveram resultados indicativos de qualquer perturbação. O que se verificou através dos

resultados é que existem um maior número de diferenças significativas no grupo de crianças em que se detectaram as perturbações exclusivamente através dos instrumentos aplicados, do que no grupo de crianças com as problemáticas indicadas pelas psicólogas.

Relativamente à comparação entre o grupo de controlo e o grupo de crianças com perturbação do comportamento indicada pelas psicólogas, obtivemos apenas dois resultados significativos. O primeiro, na escolha da 3ª cena do Cartão I, que nos indica que face a este cartão que remete para a ansiedade de separação é mais provável que crianças que sofrem de perturbação de comportamento terminem as histórias de forma mais desadequada, com cenas de Aflição; e o segundo, relativo à primeira escolha de cena do Cartão VII que apontam para a possibilidade de, neste caso relativo a incapacidade de resolver tarefas escolares, as crianças do grupo com perturbação do comportamento parecem ter mais capacidade para reconhecer a ansiedade num primeiro momento, escolhendo cenas de Aflição.

Quando comparámos entre o grupo de controlo e o grupo de crianças com perturbação de ansiedade indicada pelas psicólogas, obtivemos quatro resultados significativos. O final da história do Cartão I, foi um deles, que nos mostra que as crianças indicadas com perturbação terminam a história de uma forma menos adequada, com escolha de cenas de Aflição, do que as crianças do grupo de controlo. Ora, este foi também um dos resultados observados nas crianças indicadas com perturbação de comportamento. A escolha da primeira cena do Cartão IV, também nos evidenciou algumas diferenças, que nos revelam que as crianças indicadas com perturbação de ansiedade não reconhecem a ansiedade na situação de terrores nocturnos, enquanto a maioria das crianças do grupo de controlo consegue reconhecer essa mesma ansiedade, iniciando a história com cenas de Aflição. Na escolha da cena final do Cartão V, os resultados obtidos não seriam de esperar: as crianças do grupo clínico terminam a história de uma forma mais adequada, com cenas de Realidade utilizadas mais frequentemente do que acontece no grupo de controlo. Um outro resultado que não seria de esperar diz respeito à primeira cena do cartão VII, que nos indica que, na situação de incapacidade de resolução de tarefas escolares, as crianças indicadas com perturbação de Ansiedade reconheceram mais facilmente a ansiedade inicial da situação.

Na situação de comparação entre o grupo de controlo e as crianças indicadas com perturbação depressiva, encontraram-se apenas dois resultados significativos, ambos no Cartão I (escolha de cena para primeira e terceira posição). Verificámos que as crianças do grupo de clínico têm uma maior dificuldade em reconhecer a ansiedade causada pela situação (optando menos vezes por cenas de Aflição) do que as crianças sem perturbação depressiva, e

que estas últimas terminam a história de uma forma mais adequada (com cenas de Realidade) do que as crianças indicadas com perturbação depressiva, tal como seria de esperar.

Segue-se agora a discussão dos resultados das comparações efectuadas apenas com base nos instrumentos utilizados para cada criança, em que, de facto, existe um maior número de diferenças significativas.

Na comparação entre crianças que evidenciarem ter perturbações emocionais (através dos Inventários de M. Rutter) Vs. as crianças que não revelaram sofrer de qualquer perturbação emocional, observámos quatro diferenças significativas. Na escolha da primeira cena do Cartão III (convívio com os pares), verificou-se que as crianças com perturbação emocional, na sua maioria optou por escolher cenas de Realidade, enquanto as crianças sem perturbação emocional se dividiram entre cenas de Realidade, Aflição e Fantasia. Sendo que se trata de um Cartão que remete para o prazer, torna-se difícil de interpretar o significado que isto poderá ter. Seria mais interessante perceber a forma como as crianças terminaram a história (de uma forma adequada ou não), no entanto, o final da história desta Cartão (terceira cena) não evidenciou resultados significativos. No final da história do cartão IV, existem diferenças significativas uma vez que, quando comparadas com as crianças com perturbação, as crianças sem perturbação emocional optam por terminar a história em cenas de Aflição sendo que, as crianças com perturbação emocional optam maioritariamente por terminar a história com cenas de Fantasia. Concluímos, portanto, que neste cartão, nenhum dos grupos termina a história de forma totalmente adequada (ou seja, com cenas de Realidade), evitando ou negando a situação ansiosa. No Cartão V, as diferenças significativas existentes são relativas á escolha da primeira cena, uma vez que a maioria das crianças com perturbação emocional opta por começar a história com cenas de Realidade, o que poderá ser normal, devido ao facto de ser um cartão que remete para uma situação de prazer (dia dos anos). As diferenças relativas ao final do Cartão IX indicam que as crianças sem perturbação emocional terminam a história mais frequentemente com cenas de Aflição, ou seja, de uma forma considerada mais desadequada, do que as crianças sem perturbação. Seria expectável que acontecesse de forma inversa. No entanto, estes resultados vão de encontro aos resultados obtidos na comparação feita entre o grupo de controlo e o grupo clínico geral.

Na comparação entre crianças que evidenciaram ter perturbações de ansiedade (através da Escala Manifesta de Ansiedade) Vs. as crianças que não revelaram sofrer de qualquer perturbação de ansiedade, observámos quatro diferenças significativas. A primeira foi relativa ao início da história do Cartão II, em que as crianças com perturbação de ansiedade

iniciam a história com cenas de Fantasia mais frequentemente do que as crianças sem perturbação, o que pode evidenciar que as crianças com perturbação de ansiedade procuram uma fuga da ansiedade inicial provocada pela situação, não lidando, portanto, com situação de uma forma realista. A escolha da terceira cena do Cartão IV, revela que, tal como acontece com as crianças que sofrem de perturbação emocional, as crianças com perturbação de ansiedade optam mais frequentemente por terminar a história com cenas de Fantasia, enquanto as crianças sem perturbação de ansiedade parecem lidar melhor com a ansiedade evocada, terminando a história de uma forma mais adequada, ou seja, com cenas de Realidade. No Cartão VIII, acontece o mesmo que descrito acima com o Cartão II. Portanto, podemos pressupor que, de facto, as crianças com perturbação de ansiedade tendem a “fugir” à ansiedade inicial da situação, o que demonstram que lhes é mais difícil lidar com situações ansiógenas. As diferenças relativas ao Cartão IX também vão de encontro ao que seria de esperar: as crianças sem perturbação de ansiedade tendem a escolher mais frequentemente cenas de Aflição na primeira escolha do que as crianças com perturbação, o que evidencia, que neste caso, as crianças sem perturbação conseguem reconhecer a ansiedade inicial (relativa à rivalidade fraterna) mais facilmente do que as crianças com perturbação. Esta conclusão, vai de encontro aos resultados da primeira análise realizada (grupo de controlo Vs. grupo clínico geral).

Foi na comparação entre crianças que evidenciaram ter perturbações depressivas (através da CES-DC) Vs. crianças que não revelaram sofrer de qualquer perturbação depressiva que encontramos um maior número de diferenças significativas. A primeira, relativa ao Cartão II, vai exactamente no mesmo sentido do que acabou de ser referido (relativo à análise do Cartão IX, nas crianças com perturbação de ansiedade): neste caso, também as crianças com perturbação depressiva revelam ter mais dificuldade em reconhecer a ansiedade inicial da situação, o que também vai no mesmo sentido dos resultados encontrados na primeira comparação realizada (grupo de controlo Vs. grupo clínico geral). O mesmo acontece no Cartão IV e V. O que não seria de esperar é que nos Cartões V, VI, e IX as crianças sem perturbação depressiva terminassem mais frequentemente as histórias de uma forma desadequada, ou seja, com escolhas mais frequentes de cenas de Aflição ou de Fantasia (como acontece no Cartão VI, traduzindo isto um evitamento da ansiedade gerada pela situação), quando comparadas com as crianças com perturbação. Esta conclusão também confirma os resultados encontrados na análise realizada entre o grupo de controlo e o grupo clínico geral. No entanto, no Cartão VIII, verifica-se exactamente o contrário: as crianças com perturbação depressiva tendem a acabar a história em cenas de Aflição, portanto de uma

forma mais desadequada, mais frequentemente do as crianças sem perturbação, sendo que estas últimas tendem, de facto, a terminar a história de uma forma realista e, portanto, mais adequada (com cenas de Realidade).

Para terminar, segue-se a discussão relativa às EEA utilizadas no grupo clínico e no grupo de controlo. Seria de esperar que as crianças do grupo de controlo utilizassem mais frequentemente as estratégias mais elaboradas (EEE e EAO) quando comparadas com as crianças do grupo clínico, e que, estas últimas utilizassem mais frequentemente as estratégias mais primitivas (Negação e Impossibilidade). De facto, isto verificou-se nalgumas situações, nomeadamente nos Cartões I, II, IV, VI e VII. Nos Cartões III e V, as estratégias utilizadas foram muito semelhantes entre os dois grupos, sendo a estratégia EEE a mais utilizada por ambos os grupos. Esta semelhança poderá dever-se ao facto de estes dois Cartões remeterem a situações de prazer, ao contrário do que acontece com os outros. Nos Cartões VIII e IX, verifica-se um aumento da estratégia Impossibilidade utilizada pelas crianças do grupo de controlo e uma diminuição da utilização das EEA mais elaboradas, o que não seria expectável.

Ainda assim, de uma forma geral, podemos afirmar que as crianças do grupo de controlo tendem a utilizar mais frequentemente as estratégias mais elaboradas e, portanto mais adaptativas (EAO e EEE), enquanto as crianças do grupo clínico utilizam de forma mais frequente as estratégias mais primitivas, ou seja, desadaptativas (negação e Impossibilidade), tal como seria de esperar.

Capítulo 5: Conclusão

No presente estudo, procedeu-se à caracterização do padrão de repostas da prova “Era uma vez...” (versão 9 Cartões), em crianças sem qualquer problema psicológico identificado e em crianças com problemas psicológicos específicos (perturbação de comportamento, perturbação de ansiedade e perturbação depressiva).

Procuraram-se diferenças nos padrões de resposta a esta prova entre o grupo controlo (N= 20) e o grupo clínico (N= 20), numa primeira análise à qual se sucederam análises entre o grupo de controlo e os grupos clínicos mais específicos, ou seja, os grupos de crianças com perturbação de comportamento (N=9), perturbação de ansiedade (N=7) e perturbação depressiva (N=4) indicados pelas psicólogas, e, numa fase final entre o grupo de controlo e os grupos em que efectivamente se detectaram estas perturbações através dos instrumentos utilizados para esse fim (em que perturbação emocional N=20; perturbação de ansiedade N=15 e perturbação depressiva N=17).

Encontraram-se muitas diferenças significativas, principalmente nas comparações mais globais. Contudo, a maioria das diferenças encontradas entre os sub-grupos correspondem ao esperado de acordo com as características de cada grupo. Algumas destas diferenças que ocorrem nos grupos mais específicos vão de encontro às diferenças encontradas de uma forma mais global. Isto poderá dever-se a dois motivos: o primeiro prende-se com o facto de existir um número muito reduzido em cada um dos sub-grupos; o segundo estará relacionado com o facto de os critérios de classificação se sobreporem parcialmente, ou seja, uma criança poderá sofrer de mais do que uma das perturbações referidas (existindo, portanto, fenómenos de comorbilidade). É evidente que, devido ao número reduzido dos sub-grupos criados, na comparação das respostas entre o grupo de controlo e os sub-grupos clínicos, foram encontradas um menor número de diferenças, principalmente no que diz respeito aos casos de perturbações de comportamento e perturbações depressivas indicados pelas psicólogas.

Quanto à caracterização das Estratégias de Elaboração da Ansiedade, podemos concluir que, de uma forma geral (e ainda que nem todas as diferenças sejam significativas), as crianças do grupo clínico utilizam de forma mais nítida e frequente estratégias desadaptativas (Impossibilidade e Negação) principalmente nas histórias iniciais, enquanto nas crianças do grupo de controlo tendem a utilizar as estratégias adaptativas (EAO e EEE) mais frequentemente.

Relativamente às limitações, poder-se-ão referir duas muito evidentes: a primeira prende-se com o facto de a amostra do grupo de controlo poder ser enviesada não sendo, portanto, totalmente representativa da população geral devido a algumas características muito específicas (e aqui, devemos ter em conta que nesta amostra identificamos algumas crianças com perturbações através dos resultados dos instrumentos aplicados); a segunda deve-se, evidentemente, ao facto da amostra do presente estudo ser muito reduzida, o que pode ter contribuído para não obtenção de diferenças significativas em algumas análises.

Para finalizar, considera-se importante realçar que este é o primeiro estudo realizado com a versão 9 cartões da Prova “Era uma vez...” com uma amostra clínica. Apesar do número efectivo reduzido das amostras, o presente estudo abre uma linha de investigação a ser desenvolvida.

Referências Bibliográficas:

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4.^a ed., texto revisto, J. N. Almeida, trad.). Lisboa: Climepsi Editores (Trabalho original publicado em 2000).
- Anthony, E.J. (1975). Distúrbios de Comportamento na Infância. In L. Carmichael (Ed.) *Manual de Psicologia da Criança*: Vol. 10. (pp. 77-150). São Paulo: EPU-EDUSP.
- Barclay, M., & Hoffman, J. (1990). Conduct Disorders. In M. Lewis & S. Miller (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology*. New York: Plenum Press.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd edition). New York: Guilford.
- Barrett, P. M., Rapee, R. M., Dadds, M., & Ryan, S. M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 187-203.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss*. New York: Basic Books.
- Cicchetti, D., & Schneider.-Rosen, K. (1984). *Childhood Depression*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Donovan, C.L., & Spence, S. H. (2000). Prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 20, 509-531.

Fagulha, T. (1992). *A Prova “Era uma vez...”: Uma prova projectiva para crianças*. Dissertação de Doutoramento, Universidade de Lisboa.

Fagulha, T. (1997/2002/2010). *A Prova “Era uma vez...”*. Manual e material (3ªEd.). Lisboa: CEGOC/TEA.

Fagulha, T. (1995). “Era uma vez...” Uma prova projectiva para crianças. In L. S. Almeida, M. M. Gonçalves, & M. R. Simões (Eds.), *Provas psicológicas em Portugal* (pp. 223-237). Braga: APPORT.

Flannery-Schroeder, E. (2004). Generalized anxiety disorder. In J. March & T. Morris (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents*, 2nd Edition. New York: Guilford.

Franco, X., Saavedra, L. & Silverman, W. (2007). External validation of comorbid patterns of anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 717-729.

Freud, S. (1978). Inhibitions, symptoms and anxiety. In J. Strachey (Ed. e Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 87-172). London: Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis. (Trabalho original publicado em 1926)

Fonseca, 1992. Uma escala de Ansiedade para Crianças e Adolescentes: O que eu penso e o que eu sinto. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVI, pp. 141-155.

Fonseca, A. C. (2010). Problemas de ansiedade em crianças e adolescentes. In A. C. Fonseca (Ed.), *Crianças e Adolescentes* (pp. 501-540). Coimbra: Nova Almedina.

Gelfand, S.M., Jenson, W.R., Drew, C.J. (1988). *Understanding child behavior disorders*. New York: Holt, Rhinehart, and Winston.

Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2003). Escala de depressão do centro de estudos epidemiológicos (CES-D). In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida, & C. Machado (Coords.), *Avaliação Psicológica. Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (Vol. 1, pp. 33-43). Coimbra: Quarteto.

Gonçalves, B. & Fagulha, T. (2004). The portuguese version of the Center of Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *European Journal of Psychological Assessment*, 20(4): 339-3348.

Hetherington, E. M., Law, T., & O'Connor, T. (1993). Divorce: Challenges, changes, and new chances. In F. Walsh (ed.), *Normal family processes* (2nd ed, pp. 208-234). New York: Guilford Press.

Kagan, J. (1997). Temperament and the reactions to unfamiliarity. *Child Development*, 68, 139-143.

Kazdin, A. E. (1985). *Treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. Homewood, IL: Dorsey Press.

Kendall, P. C. (2000). *Childhood Disorders*. London: Psychology Press

Khrone, H. W. (1990). Parental childrearing and anxiety development. In K. Hurrelmann & F. Losel (Eds.), *Health hazards in adolescence* (pp. 115-130). New York: de Gruyter.

- Klein, M. (1980). A Técnica Psicanalítica através do Brinquedo: Sua História e Significado. In M. Klein, P. Heinman & R. E. Money-Kyrle, *Novas Tendências na Psicanálise* (2ª ed., pp. 27-48). Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1955).
- Klein, M. (1969). *Psicanálise da criança*. São Paulo: Edições Mestre Jou. (Trabalho original publicado em 1932)
- Leal, M. R. M. (1985a). Brincar. In *Introdução ao estudo dos processos de socialização precoce da criança* (pp. 61-73). Lisboa: Edição da Autora.
- Leal, M. R. M. (1985b). Estruturas Nervosas. In *Introdução ao estudo dos processos de socialização precoce da criança* (pp. 75-94). Lisboa: Edição da Autora
- Martin, B., & Hoffman, J. A. (1990). Conduct Disorders. In M. Lewis & S. Miller (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology*. New York: Plenum Press.
- Martins, S. R. (2005). *A depressão infantil. Adaptação de uma escala de depressão para crianças: Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC). Estudo exploratório das relações entre a sintomatologia depressiva e as respostas à prova “Era uma vez...”*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Matos, A. C. (2001). *A Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Murris, P. (2007). *Normal and abnormal fear and anxiety in children and adolescents*. New York: Elsevier.

Papalia, D. M. & Olds, S. W. (1998). *O Mundo da Criança: Da Infância à Adolescência*. São Paulo: Makron Books.

Pires, C. M. L. (2003). *Noções de Psicopatologia*. Lisboa: Universidade Aberta.

Pires, R. (2001). *Estratégias de Elaboração da Ansiedade nas respostas Sequências de Cenas à Prova “Era uma vez...”*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa.

Quay, H. C. (1977). Psychopathic behavior: Reflections on the natures, origins, and temperament. In F. Weizman & I. Uzgis (Eds.), *Structuring of experience*. New York: Plenum.

Reynolds, C.R. and Richmond, B.O. (1978). “What I think and Feel: A Revised Measure of Children’s Manifest Anxiety”, *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 6(2), pp. 271-280.

Rosenbaum, J.F., Biederman, J., Bolduc-Murphy, E.A., Faraone, S.V., Chaloff, J., Hirshfeld, D.R., & Kagan, J. (1993). Behavioral inhibition in childhood: a risk factor of anxiety disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 1,2-16.

Rutter, M. (1967). A Children’s Behaviour Questionnaire for Completion by Teachers: Preliminary Findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 8, 1-11

Rutter, M., Tizard, J., & Whitmore, K. (1970). *Rutter Problem Behaviour Questionnaire Education, Health and Behaviour*. London: Longmans.

- Rutter, M., & Garmezy, N. (1983). Developmental psychopathology. In P.H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology, Vol. 4: Socialization, personality and social development* (pp. 775–911). New York: John Wiley.
- Santos, R. (2011). A Prova "Era uma vez..." - Novos desenvolvimentos. *Livro de Resumos do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação / Evaluación Psicológica*, p.22.
- Simões, M. R. (1999). A depressão em crianças e adolescentes: elementos para a sua avaliação e diagnóstico. *Revista Psychologica*, 21, 27-64.
- Strauss, C. C., Lease, C. A., Last, C. G. & Francis, G. (1988). Over anxious disorder: An Examination of Developmental Differences. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 433-443.
- Weissman, M., Orvaschel, H. & Padian, N. (1980). Children's Symptom and Social Functioning Self-Report Scales. Comparison of Mother's and Children's Reports. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 736-740.
- Winnicott, D. W. (1969). Objects Transicionnels et Phénomènes Transicionnels. In *De la Pédiatrie à la Psychanalyse* (pp. 109-125). Paris: Petite Bibliothèque Payot. (Obra originalmente publicada em 1953).
- Winnicott (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Obra originalmente publicada em 1971).